



**Ana Luísa Balonas
Barbosa**

**Cuidado informal no fim da vida: *stress* e *coping* em
cuidadores primários e secundários**



**Ana Luísa Balonas
Barbosa**

**Cuidado informal no fim da vida: *stress* e *coping* em
cuidadores primários e secundários**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo, equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

O júri

presidente	Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa (Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro)
arguente principal	Professora Doutora Margarida Pedroso Lima (Professora Associada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)
vogal	Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo (Equiparada a Professora Adjunta da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro)

agradecimentos

Várias pessoas foram determinantes para a concretização deste trabalho. Os meus primeiros agradecimentos são dirigidos à Doutora Daniela Figueiredo, pela sua disponibilidade e trabalho, pelos seus sábios conselhos e sugestões, mas acima de tudo pelo constante encorajamento com sempre me assistiu. É um prazer trabalhar consigo.

A todas as instituições e cuidadores pelo precioso contributo que veio enriquecer, absolutamente, este trabalho.

À Ana Lúcia, colega incansável de trabalho.

Aos restantes docentes e colaboradores do Mestrado em Gerontologia, pelo contributo dado durante a formação.

Ao Diogo, que me acompanhou e ajudou a resolver tantas indecisões durante este tempo. Obrigada pelo apoio, paciência e compreensão constantes.

Aos meus pais, por tudo. Sem a vossa ajuda jamais teria conseguido chegar aqui.

palavras-chave

prestação de cuidados, idoso, dependência, cuidadores informais primários, cuidadores informais secundários, *stress*, *coping*.

resumo

Objectivos: A investigação tem privilegiado os estudos que incidem sobre o cuidador principal de idosos dependentes. No entanto, pouco se sabe sobre o cuidador informal secundário, que frequentemente partilha a prestação de cuidados. Com base no *Stress Process Model* (Modelo de Desenvolvimento de *Stress*) (Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990), este estudo visa analisar e comparar os cuidadores informais primários e secundários de idosos dependentes no que diz respeito aos *stressores* e à utilização e eficácia das estratégias de *coping*. Além disso, é estudada a relação entre os *stressores* (sobrecarga, clausura de papel e tensões intrapsíquicas) e a utilidade do *coping*.

Métodos: Optou-se por realizar um estudo descritivo-correlacional, de tipo comparativo, com uma abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 180 cuidadores informais de idosos dependentes: 90 cuidadores primários e 90 cuidadores secundários. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: i) Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965), ii) Questionário Geral; iii) “*Carers’ Assessment Management Index*” - CAMI (Nolan, Grant e Keady, 1996) e iv) “*Caregiver Stress Scale*” (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Whitlatch e Zarit, 1995).

Resultados: Os resultados indicam que: i) os cuidadores primários sentem-se mais sobrecarregados e enclausurados no seu papel do que os cuidadores secundários, mas também mais competentes; ii) ambas as sub-amostras consideram úteis as estratégias que envolvem lidar directamente com os acontecimentos; iii) as estratégias que visam lidar com os significados são mais eficazes para os cuidadores primários; iv) lidar com as consequências do *stress* é menos eficaz para ambas as sub-amostras; v) o *coping* paliativo é eficaz para os cuidadores primários e secundários que se sentem sobrecarregados e enclausurados no seu papel.

Implicações: Estes resultados chamam a atenção para a importância dos profissionais ajudarem os cuidadores a identificar as causas do seu *stress* e desenvolver e otimizar estratégias de *coping* eficazes; despertam para a importância de um maior reconhecimento da experiência e contribuição destas pessoas, já que os cuidadores revelam elevado sentido de competência e adoptam uma postura proactiva no desempenho do seu papel; além disso, apelam ao desenvolvimento de respostas diferenciadas, tendo em conta as percepções dos cuidadores.

keywords

care, elderly, dependency, primary informal carer, secondary informal carer, stress, coping.

abstract

Objectives: Caregiving research has typically relied on analyses that focus on the primary carer of dependent elderly. However, much less is known about secondary informal carers who often share caregiving responsibilities. Based on the Stress Process Model (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990), this study aims to analyse and compare both primary and secondary informal carers of dependent elderly with respect to stressors and the use and effectiveness of coping strategies. In addition, is also explored the relationship between stressors (role overload, role captivity and intrapsychic strains) and coping efficacy.

Methods: It was conducted a descriptive-correlational study, comparative type, based on a quantitative approach. Data were collected from a sample of 180 informal caregivers of dependent elderly: 90 primary carers and 90 secondary carers. The instruments used were: i) Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965); ii) General Questionnaire to collect socio-demographic data and information about the context of care; iii) Carers' Assessment Management Index - CAMI (Nolan, Grant & Keady, 1996) and iv) Caregiver Stress Scale (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995).

Results: The results suggest that: i) primary informal caregivers tend to report higher levels of role overload and role captivity than secondary caregivers, however tend to feel more competent in their role; ii) both sub-samples apply and consider helpful all strategies involving direct action; iii) significant differences were found for emotion-focused strategies: managing meanings is more efficient for primary carers; iv) dealing with the stress consequences is the less effective for both sub-samples; v) the palliative coping is effective for primary and secondary caregivers who feel more burned and experience more role captivity.

Implications: These results are important for professionals to help caregivers to identify the causes of their stress and develop and optimize effective coping strategies; arouse to the importance of a greater recognition of the experience and contribution of these persons, as caregivers show high sense of responsibility and seem to be very proactive; moreover, call attention for the development of differentiate interventions, taking into account the caregiver perceptions.

Índice

Índice de figuras e tabelas	iii
Introdução	1
1. Em torno do conceito de dependência	3
2. A prestação de cuidados informais a pessoas idosas dependentes: dificuldades e desafios	3
3. O Modelo de Desenvolvimento de Stress na prestação de cuidados: dissimilaridades entre cuidadores	5
3.1. Os factores e antecedentes contextuais	7
3.2. Os factores de stress primários e secundários	8
3.3. O coping.....	10
4. Objectivos gerais e específicos	12
5. Metodologia	13
5.1. Desenho de investigação	13
5.2. Instrumentos	13
5.2.1. Índice de Barthel	14
5.2.2. Questionário Geral	15
5.2.3. <i>Caregiver Stress Scale</i> (Escala de Stress no Cuidador)	15
5.2.4. Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)	16
5.3. Procedimentos	17
5.3.1. Selecção da amostra	17
5.3.2. Procedimentos de recolha de dados	17
5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados	18
5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos.....	18
5.5.1. O CAMI.....	18
5.5.2. <i>Caregiver Stress Scale</i> (Escala de Stress no Cuidador)	19
5.6. Caracterização da amostra dos cuidadores e pessoas idosas dependente.....	21
5.6.1. Caracterização sócio – demográfica dos cuidadores informais	21

5.6.2. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos receptores de cuidados	22
6. Apresentação dos resultados	23
6.1. Análise do padrão de cuidados prestados ao idoso dependente.....	23
6.2. Análise comparativa dos factores de <i>stress</i>	27
6.2.1. Factores de <i>stress</i> primários objectivos.....	27
6.2.2. Factores de <i>stress</i> primários subjectivos.....	28
6.2.3. Factores de <i>stress</i> secundários: tensões de papel	28
6.2.4. Factores de <i>stress</i> secundários: tensões intrapsíquicas	29
6.3. Análise comparativa das estratégias de <i>coping</i>	30
6.4. Análise de correlações entre estratégias de <i>coping</i> e factores de <i>stress</i>	34
7. Discussão dos resultados	35
7.1. Implicações, limitações e perspectivas	43
8. Conclusões	45
9. Bibliografia.....	47

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1. Modelo de Desenvolvimento de <i>Stress</i> (Pearlin <i>et al.</i> , 1990).....	6
Figura 2. Relações entre o modelo de desenvolvimento de <i>stress</i> , as variáveis estudadas e os instrumentos utilizados.....	14
Gráfico 1. Apoio prestado pelos cuidadores informais.....	25
Tabela 1: Médias, desvios padrões e alphas de Cronbach do CAMI	18
Tabela 2. Funcionamento cognitivo da pessoa idosa: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach.....	19
Tabela 3. Dependência da pessoa idosa na execução das ABVD e AVDI: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach	19
Tabela 4. Sobrecarga: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach	19
Tabela 5. Clausura do papel: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach	20
Tabela 6. Conflitos profissionais: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach.....	20
Tabela 7. Sentido de competência: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach	20
Tabela 8. Enriquecimento pessoal: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach	21
Tabela 9. Características sócio-demográficas dos cuidadores informais.....	22
Tabela 10. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos receptores de cuidados.....	24
Tabela 11. Caracterização sócio-familiar dos cuidadores informais.....	26
Tabela 12. Percepção do funcionamento cognitivo da pessoa idosa.....	27
Tabela 13. Percepção de dependência da pessoa idosa nas ABVD e AIVD	27
Tabela 14. Sobrecarga e clausura do papel	28
Tabela 15. Tensões de papel: Conflito profissional	28
Tabela 16. Tensões de papel: Despesas mensais e rendimento actual	29
Tabela 17. Tensões intrapsíquicas: Sentido de competência	29
Tabela 18. Tensões intrapsíquicas: Enriquecimento pessoal.....	30
Tabela 19. CAMI global e sub-escalas: Estratégias de <i>coping</i> utilizados pelos cuidadores informais.....	30
Tabela 20. CAMI sub-escala: Lidar com os acontecimentos.....	32
Tabela 21. CAMI sub-escala: Lidar com os significados	33
Tabela 22. CAMI sub-escala: Lidar com as consequências	34
Tabela 23. Correlações entre <i>stressores</i> e estratégias de <i>coping</i>	35

Introdução

O aumento da população idosa e da esperança média de vida, tem resultado num crescente número de pessoas, com mais de 65 anos, portadoras de grandes incapacidades funcionais a depender de outros no desempenho das Actividades da Vida Diária (AVD). A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Contudo, devido às alterações demográficas (especialmente o declínio das taxas de fertilidade) e das estruturas familiares (entre outros, a diminuição do número de casamentos; casamentos mais tardios; famílias reconstituídas; generalização das taxas de divórcio e diminuição do número de filhos) que se têm vindo a verificar, bem como à crescente entrada da mulher no mercado de trabalho, a disponibilidade dos cuidadores informais, em particular da família, irá diminuir no futuro. Com efeito, esgotada a geração *baby-boom*, assiste-se a um decréscimo da disponibilidade dos filhos, que a par com os cônjuges têm sido mencionados como os principais cuidadores informais, tornando necessário negociar a partilha de cuidados e perspectivar os cuidadores secundários. Futuramente, estes poderão vir a assumir-se como um importante pilar de suporte informal às pessoas idosas dependentes.

Apesar do reconhecimento crescente de que a tarefa de cuidar é frequentemente uma actividade partilhada (Dupuis, Epp e Smale, 2004; Kane e Penrod, 1995; Wagner, 1997; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989), a literatura tem dado ênfase à experiência do cuidar em cuidadores primários e atribuído consideravelmente menor atenção aos elementos secundários.

A investigação em torno dos cuidadores secundários tem sido orientada por duas grandes linhas de pesquisa: i) os estudos relativos à influência dos cuidadores secundários no impacto psicológico dos cuidadores primários e ii) os estudos que incidem no cuidador secundário como agente de cuidados da pessoa dependente (Martin, 2005). Alguns autores sugerem que a existência de cuidadores secundários se encontra associada a menores níveis de *stress* e sobrecarga nos cuidadores primários (Gaugler, Mendiondo, Smith e Schmitt, 2003; Lage, 2005; Merrill, 1997), bem como ao aumento do tipo e/ou quantidade do cuidado recebido pela pessoa idosa (Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989). Surge ainda evidente que, na ausência ou incapacidade do cuidador primário, são os cuidadores secundários que assumem o papel principal da prestação de cuidados, podendo deste modo evitar ou retardar institucionalizações precoces da pessoa idosa dependente (Gaugler *et al.*, 2003; Takamura e Williams, 2003).

Prestar cuidados a uma pessoa idosa dependente é uma experiência complexa e desafiante que envolve profundas transformações na vida das pessoas que se tornam cuidadoras. A sobrecarga dos cuidadores e as consequências físicas, emocionais, psicológicas e financeiras da prestação de cuidados têm sido temas amplamente abordados na literatura gerontológica, em particular no que diz respeito aos cuidadores de pessoas com demência (Pinquart e Sörensen, 2006). No entanto, o foco tradicional da investigação tem sido nos cuidadores primários, sendo que, são ainda escassos os estudos que exploram os impactos da experiência de cuidar nos

cuidadores secundários (Gaugler *et al.*, 2003; Orel e Dupuy, 2002). Destacam-se, como raras exceções, os estudos de Gaugler *et al.* (2003) e de Orel e Dupuy (2002), cujos resultados adiantam que também os cuidadores secundários experienciam sentimentos de sobrecarga associados ao desempenho do seu papel, embora estes assumam níveis mais baixos do que os sentidos pelos cuidadores principais. A par destas considerações, a investigação tem-se debruçado sobre o tema do *coping* na prestação de cuidados, mas poucos estudos têm explorado a sua eficácia.

Foi no sentido de comparar o impacto da prestação de cuidados entre os cuidadores informais primário e secundários e aprofundar conhecimentos relativos ao modo como lidam com os diversos *stressores* que emergem desta experiência, que o presente estudo se propôs a responder a duas grandes questões:

i) Existem diferenças ao nível da percepção dos factores de *stress* por parte dos cuidadores primários e secundários?

ii) Existem diferenças na utilização de estratégias de *coping* por cuidadores informais primários e secundários de pessoas idosas dependentes?

O trabalho tem como suporte o Modelo de Desenvolvimento de *Stress* (*Stress Process Model*) de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990), que contempla os *stressores* primários e secundários, e explica como a utilização de estratégias de *coping* reduz o impacto do *stress* nos cuidadores informais. Elaborou-se um estudo quantitativo, do tipo descritivo e não experimental, tendo sido aplicados questionários a 180 cuidadores informais (90 cuidadores primários e 90 cuidadores secundários).

1. Em torno do conceito de dependência

A dependência é considerada frequentemente uma consequência inevitável do envelhecimento. No entanto, e de acordo com Baltes (1996), trata-se de um fenómeno complexo, com diversas dimensões e causas que pode atravessar todas as faixas etárias, podendo ocorrer em qualquer momento da vida e não apenas na velhice. A autora subdivide a dependência em três grandes conceitos: multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade. A ideia de multidimensionalidade indica que se trata de um conceito que se pode alargar a vários domínios (físico, psicológico, social, entre outros), não devendo ser reduzido a uma única configuração. A multicausalidade refere que vários factores, nomeadamente factores biológicos, sociológicos, culturais e económicos, influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência. A noção de multifuncionalidade significa que a dependência pode apresentar várias funções, podendo assumir, por exemplo, um papel adaptativo.

De forma geral, uma pessoa dependente é aquela que, durante um período prolongado de tempo, requer ajuda de terceiros para realizar actividades da vida diária (AVD). O termo AVD refere-se a uma variedade de actividades cujo desempenho é necessário para a pessoa manter o seu auto-cuidado e continuar a ser um membro activo na sociedade (Schulz, Noelker, Rockwood e Sprott, 2006). No momento de determinar se uma pessoa é ou não dependente considera-se se ela necessita de ajuda para realizar dois tipos de actividades da vida diária: actividades básicas da vida diária (ABVD), dirigidas para o cuidado pessoal, como higiene, comer ou vestir (Katz *et al.*, 1959, citado por Schulz *et al.*, 2006) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD), centradas em actividades mais complexas como tomar medicamentos, utilizar o telefone, ou preparar refeições (Lawton e Brody, 1969, citado por Schulz *et al.*, 2006).

Os instrumentos desenvolvidos para determinar o grau de dependência do indivíduo, discriminam geralmente três níveis: dependência ligeira, se o indivíduo executa as actividades sem ajuda ou necessita apenas de alguma vigilância; dependência moderada, quando o indivíduo necessita de supervisão e apoio de terceiros para executar as actividades da vida diária e dependência severa, se o indivíduo não tem capacidade para executar sozinho algumas actividades e necessita de apoio permanente no quotidiano.

2. A prestação de cuidados informais a pessoas idosas dependentes: dificuldades e desafios

A tendência demográfica verificada nos últimos anos, de que as pessoas estão a viver mais tempo, tem resultado num aumento de idosos com doenças crónicas, incapacidade e dependência de outros para a realização das suas actividades da vida diária (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit e Whitlatch, 1995).

Quando as pessoas idosas necessitam de apoio, há geralmente mais do que um elemento interessado e envolvido no seu bem-estar, circunstância que vem reforçar a ideia de que a prestação de cuidados é geralmente uma tarefa partilhada (Kane e Penrod, 1995).

A literatura tem definido a prestação de cuidados informais como uma actividade resultante de interacções entre um membro da família (ou amigos e vizinhos) que ajuda outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar actividades que são necessárias para viver com dignidade (Figueiredo, 2007a; Lage, 2005).

Stone, Cafferata e Sangl (1987, citado por Figueiredo, 2007a) identificaram dois tipos de cuidadores informais, quanto ao grau de envolvimento na prestação de cuidados: os cuidadores informais primários e os cuidadores informais secundários. O cuidador primário tem sido considerado uma entidade única que realiza mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa dependente (Martin, 2005). É aquele que assume a total ou maior responsabilidade pelos cuidados e a quem estão reservados os trabalhos de rotina (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Já os cuidadores secundários são responsáveis pela realização de uma série de actividades que podem incrementar o tipo e/ou a quantidade de ajuda recebida por uma pessoa dependente. São aqueles (familiares, amigos, vizinhos, voluntários) que prestam cuidados complementares. Proporcionam a maior parte da ajuda em tarefas menos instrumentais e intensivas (apoio emocional, compras, transporte) (Donelan, Hill, Hoffman, Scoles, Feldman e Gould, 2002; Gaugler *et al.*, 2003; Martin, 2005; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989) e ajudas menores a nível do cuidado pessoal (Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989).

O modo como os cuidadores informais partilham responsabilidades na prestação de cuidados pode apresentar diferentes configurações. Davis (1997, citado por Dupuis, Epp e Smale, 2004), chama atenção para três dimensões organizacionais do cuidado: os cuidados de substituição (*"substitutive caregiving"*), em que os cuidadores secundários desempenham actividades limitadas, usualmente aquelas que o cuidador principal não consegue ou pode fazer; os cuidados complementares (*"complementary caregiving"*) que inclui diferentes pessoas a desempenhar diferentes tarefas e em que os cuidadores secundários executam tarefas de forma independente e geralmente têm pouco envolvimento com a pessoa idosa e com o cuidador principal; e os cuidados conjuntos (*"conjoint caregiving"*), onde se espera que os cuidadores secundários colaborem de forma activa com o cuidador principal no desempenho das tarefas relacionadas com o cuidar.

A participação dos cuidadores secundários na prestação de cuidados pode trazer benefícios tanto para o cuidador primário como para a pessoa idosa. A sua existência pode significar ter alguém que cuide dos cuidadores primários emocionalmente (suporte emocional) e que ajude em termos práticos, concretos e materiais (suporte instrumental). Além disso, o apoio que prestam pode incrementar o tipo e a quantidade de cuidados recebidos pelo receptor de cuidados (Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989) e simultaneamente exercer um impacto positivo a nível do bem-estar psicológico no cuidador primário, ajudando a evitar ou diminuir sentimentos de sobrecarga (Dupuis, Epp e Smale, 2004).

É importante reconhecer que as necessidades dos dois grupos de cuidadores poderão ser muito distintas tendo em conta a diversidade de fontes de *stress* que resultam da prestação de cuidados. O indivíduo que se torna cuidador, primário ou secundário, fica sujeito a grandes alterações na sua vida, podendo ver a sua saúde mental e física profundamente afectadas. O Modelo de Desenvolvimento de *Stress* (Pearlin *et al.*, 1990) tem revelado grande utilidade na explicação da variabilidade de experiências e circunstâncias que afectam os cuidadores e dissimilaridades entre diferentes grupos de cuidadores em diferentes estádios da sua “carreira”. (Aneshensel *et al.*, 1995).

3. O Modelo de Desenvolvimento de *Stress* na prestação de cuidados: dissimilaridades entre cuidadores

O indivíduo que se torna cuidador fica envolto numa situação desafiante e difícil de gerir, que pode representar uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social.

Na tentativa de contextualizar o *stress*, três grandes linhas de investigação têm orientado a pesquisa: i) a fisiológica, que estuda simplesmente as respostas biológicas do organismo perante estímulos externos; ii) a sociológica, que investiga a influência da vida social no bem-estar das pessoas e iii) a psicológica, que define o *stress* como o resultado de transacções entre a pessoa e o ambiente, nomeando como objecto principal de estudo as condições indutoras de *stress* (factores de *stress*) e, sobretudo, a forma como as pessoas as avaliam e lidam com elas. Parece ser consensual que a abordagem transaccional explicada na linha psicológica, se apresenta como a mais completa no estudo do *stress* nos cuidadores informais. Dentro desta, os modelos transaccionais de Lazarus e Folkman (1998) e de Pearlin e colaboradores (Pearlin *et al.*, 1990) surgem como as principais referências. Apesar do modelo de Lazarus e Folkman ter sido utilizado em diversos estudos sobre o tema da prestação informal de cuidados e do inegável contributo que tem oferecido na compreensão desta temática, não foi especificamente desenhado para esse fim. Deste modo, privilegiou-se neste trabalho o Modelo de Desenvolvimento de *Stress* de Pearlin *et al.*, 1990.

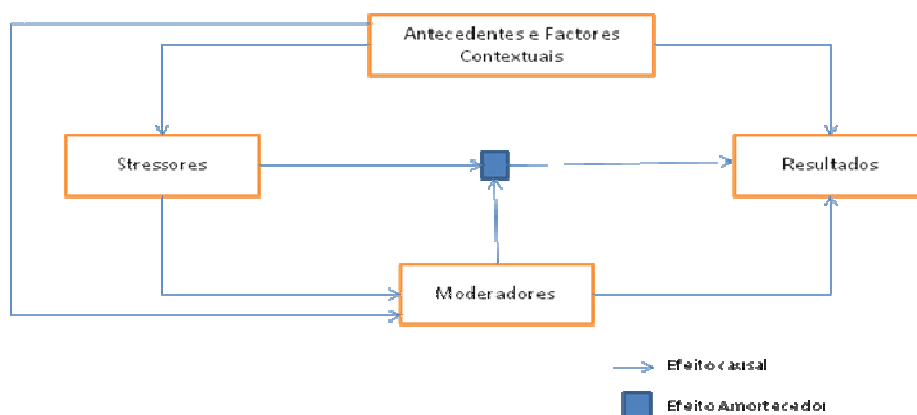
Trata-se de um modelo que conceptualiza o *stress* como um processo dinâmico, discriminando quatro dimensões: i) antecedentes e factores contextuais; ii) factores de *stress* (primários e secundários) ou *stressores*; iii) moderadores e iv) consequências/resultados (Figura 1).

De forma geral, os factores de *stress* ou *stressores* designam as condições problemáticas que têm a capacidade de colocar o indivíduo numa situação de *stress*. As consequências ou resultados referem-se às consequências dos *stressores*, incluindo, entre outros, efeitos na saúde e bem-estar do indivíduo e alterações comportamentais. A terceira componente do modelo diz respeito aos moderadores, geralmente definidos como recursos pessoais, sociais e materiais que

ajudam a modificar ou regular a relação causal entre *stressores* e as suas consequências ou resultados (Aneshensel *et al.*, 1995). O *coping* e o suporte social são perspectivados como os principais moderadores de *stress*. Importa ainda reter que o processo de *stress* ocorre num contexto de factores sociais, económicos, culturais e políticos. Estes factores antecedentes e contextuais influenciam a amplitude segundo a qual os vários grupos da população estão expostos aos factores de *stress*, o tipo e nível de recursos que se encontram à sua disposição e as consequências que daí resultam (Aneshensel *et al.*, 1995).

O papel de cuidador tem a capacidade de criar tensões e sentimentos de mal-estar em áreas da vida do indivíduo que vão além do limite do cuidar. Este fenómeno tem sido denominando de *proliferação de stress* e baseia-se na noção de que o surgimento de um problema sério não existe à parte de outros problemas da vida (Aneshensel *et al.*, 1995). O processo de proliferação do *stress* vem esclarecer porque os indivíduos reagem de modo diferente em situações semelhantes, reconhecendo que as situações não constituem fontes de *stress* similares para todos e que a mesma situação pode resultar em diferentes respostas de *coping* em diferentes espaços temporais (Nolan, Grant e Keady, 1998). De um modo geral, o processo tenta explicar que as manifestações de incapacidade da pessoa dependente (factores de *stress* primários objectivos) apresentam repercussões no cuidador no âmbito emocional, nomeadamente a nível da sobrecarga, clausura do papel e perda de reciprocidade (factores de *stress* primários subjectivos). Estes *stressores* primários podem proliferar para outras áreas da vida do cuidador (factores de *stress* secundários), podendo provocar conflitos familiares, profissionais e problemas económicos (tensões de papel). A avaliação subjectiva destas consequências pode afectar as percepções e sentimentos que o cuidador tem de si (tensões intrapsíquicas). Este fenómeno revela-se num contexto de factores sociais, económicos, culturais e políticos, que influenciam a amplitude segundo a qual os vários grupos da população estão expostos aos factores de *stress* (Aneshensel *et al.*, 1995). Para melhor entender este processo, é indispensável o conhecimento do efeito moderador das estratégias de *coping* (Pearlin *et al.*, 1990).

Figura 1. Modelo de Desenvolvimento de Stress (Pearlin *et al.*, 1990).



Adaptado de Aneshensel *et al.* (1995)

3.1. Os factores e antecedentes contextuais

Um conjunto de factores parece ser determinante na assunção da prestação de cuidados a um familiar idoso, com destaque para a coabitação, a proximidade geográfica, a inexistência de estruturas de apoio formal e o custo financeiro da institucionalização. Quem tem mais probabilidade de se tornar cuidador informal é: ao nível do parentesco, o cônjuge e os filhos; em termos de género, os elementos do sexo feminino; segundo a proximidade física, quem vive com a pessoa que requer os cuidados; de acordo com a proximidade afectiva, os elementos com quem se mantém uma relação conjugal ou filial (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). A investigação aponta um perfil comum de cuidador primário: mulheres com idade entre os 45 e os 69 anos, casadas, com baixo nível de escolaridade, sem trabalho remunerado e que coabitam com a pessoa dependente (Brito, 2002; Gaugler *et al.*, 2003; Pot, Deeg e Dyck, 2000; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989).

Os esposos e filhos do cuidador principal são apontados como os principais familiares envolvidos no papel de cuidadores secundários (Tennstedt McKinlay e Sullivan, 1989). O apoio que estes prestam é geralmente de menor intensidade que o apoio prestado pelos cuidadores primários, e a sua participação na prestação de cuidados parece ser maior, quanto mais cuidados ao familiar dependente são necessários (Tennstedt e Schulz, 2000). A ajuda dos cuidadores secundários é direccionada principalmente para tarefas como o apoio emocional, compras e transporte, enquanto que o apoio nos cuidados pessoais é menos frequente (Gaugler *et al.*, 2003; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989). Entre os principais motivos que levam este grupo de cuidadores a dedicar apoio, destacam-se os sentimentos de afecto e recompensa quer para com o cuidador principal, quer para com o familiar dependente (Martin, 2005; Robinson e Austin, 1998).

A investigação tem demonstrado que os sentimentos de *stress* no cuidador informal podem ser influenciados por diversas variáveis, entre as quais o género, situação sócio-económica, nível de educação do cuidador e coabitação.

A maioria dos estudos refere diferenças de género na percepção de *stress*, indicando que a tarefa de cuidar apresenta mais impactos negativos na mulher do que no homem (Lage, 2005; Pinquart e Sörensen, 2006; Yee e Schulz, 2000). Duas hipóteses têm sido levantadas para explicar este fenómeno: por um lado, a mulher apresenta uma maior tendência para referir emoções negativas e, por outro, desempenham um maior número de tarefas a nível do cuidado pessoal, mas recebem menos apoio informal (Dupuis, Epp e Smale, 2004). Na tentativa de explicar os elevados valores de *stress* vividos pela mulher, Brody (1981, citado por Dupuis, Epp e Smale, 2004) introduziu o conceito de “mulher no centro” (“*women in the middle*”) mencionando-se aos casos em que a mulher se vê forçada a equilibrar diferentes papéis em simultâneo (frequentemente o papel de esposa, mãe e cuidadora).

As variáveis condição sócio-económica e nível de educação podem ser bons preditores de bem-estar nos prestadores de cuidados (Lecovich, 2008; Lage, 2005). Um elevado estatuto sócio-económico e educacional pode aumentar o leque de opções para lidar com os factores stressantes

e desta forma ajudar o cuidador a lidar melhor com a situação da prestação de cuidados (Lage, 2005).

Relativamente à coabitação, os cuidadores que vivem com a pessoa que recebe os cuidados, parecem experienciar mais sintomas de *stress* e menor saúde física (Baronet, 1999; Chappell e Reid 2002; Pinquart e Sörensen, 2007). Esta variável está frequentemente relacionada com o acréscimo do tempo dedicado ao cuidar e com o envolvimento num maior número de actividades relacionadas com a prestação de cuidados (Chappell e Reid, 2002; Dupuis, Epp e Smale, 2004), bem como com a restrição do tempo de lazer e vida social (Lage, 2005). A coabitação é uma situação comum, que se verifica em cerca de 70% dos cuidadores primários (Brito, 2002). Os cuidadores secundários, tendem a viver relativamente perto da pessoa que recebe os cuidados ou o cuidado é prestado em rotação (Sousa e Figueiredo, 2004).

3.2. Os factores de *stress* primários e secundários

Relativamente aos factores de *stress* primários objectivos, a literatura tem vindo a assumir que a uma maior dependência em actividades da vida diária e a um aumento de problemas comportamentais da pessoa idosa (particularmente, nas situações de demência) se associa um declínio da qualidade de vida do cuidador (Chappell e Reid, 2002; Pinquart e Sörensen, 2007), com aumento dos níveis de *stress* e sintomas depressivos (Aneshensel *et al.* 1995; Brito, 2002). Os cuidadores de pessoas com um maior número de problemas comportamentais, avaliam a sua saúde como precária, cuidam pouco de si e têm mais despesas financeiras com os seus cuidados de saúde (Son, Erno, Shea, Femia, Zarit e Stephens, 2007).

São ainda poucas as investigações que exploram a relação entre a função cognitiva da pessoa idosa e o *stress* nos cuidadores. Os dados que existem apontam para que, a elevados valores de funcionamento cognitivo esteja associado um aumento de *stress* nas pessoas que cuidam (Chappell e Reid, 2002; Dupuis Epp e Smale, 2004). Este resultado pode ser justificado pelo facto dos cuidadores responsáveis por pessoas idosas que não se encontram cognitivamente afectadas, tenderem a desvalorizar o apoio social e considerarem que conseguem, sozinhos, lidar com as necessidades do seu familiar (Chappell e Reid, 2002).

De acordo com a literatura, 18% a 35% dos cuidadores informais tem uma percepção negativa da sua saúde (Schulz *et al.*, 1995, citado por Pinquart e Sörensen, 2007). Em alguns dos estudos que incluíram na sua amostra cuidadores secundários, verificou-se a inexistência de diferenças significativas entre cuidadores primários e secundários relativamente à percepção subjectiva de saúde (Gaugler, *et al.*, 2003). No estudo de Robinson e Austin (1998), 40% dos cuidadores secundários considerou ter ocorrido uma ruptura nas suas vidas desde que colaboram na tarefa de cuidados. Estes resultados sugerem que, quer sejam ou não os responsáveis pelo cuidar, os indivíduos são igualmente afectados pelo *stress*, cujo reflexo se faz sentir na sua saúde física e mental.

No que diz respeito aos factores de *stress* primários subjectivos, os dados existentes revelam que embora os cuidadores secundários experienciem sentimentos de sobrecarga, estes tendem a assumir níveis mais baixos do que os sentidos pelos cuidadores principais (Gaugler *et al.*, 2003; Orel e Dupuy, 2002). Estes resultados poderão estar relacionados com as características dos próprios cuidadores – os cuidadores secundários são tendencialmente mais novos - e especificidade dos cuidados prestados - o envolvimento dos cuidadores secundários na prestação de cuidados é inferior ao dos cuidadores primários, sendo que o apoio é proporcionado na sua maioria em tarefas menos instrumentais e intensivas (Gaugler *et al.*, 2003; Orel e Dupuy, 2002). No que concerne à clausura de papel, alguns estudos demonstraram que sentimentos como sentir-se encurralado e preso no papel de cuidador, bem como falta de controlo e opção apresentam um impacto negativo na saúde do cuidador (Robinson-Whelen e Kiecolt-Glaser, 1997, citado por Dupuis, Epp e Smale, 2004).

Em relação aos factores de *stress* secundários, mais especificamente às tensões de papel, o impacto do cuidado causa repercussões diversas que podem surgir sob a forma de redução do tempo livre, de actividades de lazer e de relações sociais (Aneshensel *et al.*, 1995, Carretero, Garcés, Ródenas e Sanjosé, 2008; Merrill, 1997). As exigências do cuidado podem também repercutir-se a nível do trabalho profissional, com redução de horas de trabalho, aumento de desconcentração e até abandono da prática profissional (Carretero *et al.*, 2008; Merrill, 1997; Stone, Cafferata e Sangl, 1986). Stone, Cafferata e Sangl (1986) registaram que 10% dos cuidadores deixou o seu emprego para cuidar de um familiar, enquanto 20% dos cuidadores empregados tiveram de reduzir as suas horas de trabalho (Aneshensel *et al.*, 1995; Stone, Cafferata e Sangl, 1986). Os cuidadores que procuram equilibrar a tarefa de cuidar com um emprego a tempo inteiro, acreditam geralmente que o facto de terem de cuidar de um familiar interfere na sua produtividade e conduz a reduções de oportunidades de carreira, *stress*, perda de rendimentos e efeitos negativos na sua família e vida social (Wagner e Neal, 1994, citado por Lee, 1999). Alguns estudos, não registaram contudo, qualquer diferença entre cuidadores com emprego e sem emprego no que diz respeito a sentimentos de sobrecarga e tensão (Edwards, Zarit, Stephens e Townsend, 2002). Manter uma profissão ao mesmo tempo que se executa a tarefa de cuidar pode mesmo apresentar benefícios para o cuidador (Dupuis, Epp e Smale, 2004). O trabalho pode servir como uma fuga, ao permitir ao cuidador libertar-se da prestação de cuidados, manter interações sociais e auferir rendimentos que atenuem as dificuldades financeiras (Figueiredo, 2007a). As dificuldades sentidas a nível do emprego podem conduzir a problemas financeiros, devido a uma diminuição dos rendimentos e a um aumento das despesas relacionadas com as necessidades de cuidado da pessoa dependente (Figueiredo, 2007a).

Finalmente, no que diz respeito aos factores de *stress* secundários - tensões intrapsíquicas - a experiência de cuidar pode estar associada a um crescimento pessoal, com a percepção de que a situação de prestação de cuidados constitui uma oportunidade de crescimento e a um maior sentido de competência, relacionado com os juízos que o cuidador faz das suas qualidades e competências. Através da prestação de cuidados, os cuidadores têm a oportunidade de aprender

mais sobre si próprios (Noonan, Tennstedt e Rebelsky, 1996) e desenvolver sentimentos de poder, defesa e realização por conseguir cuidar do seu familiar em casa (Dupuis, Epp e Smale, 2004). Se o indivíduo não encontra significado e gratificação no seu papel enquanto cuidador possivelmente experienciará maiores níveis de *stress*.

3.3. O *coping*

Durante vários anos, o *stress* foi amplamente visto como o resultado principal da experiência de cuidar. Investigações actuais sugerem, no entanto, a coexistência de emoções negativas e positivas nos indivíduos que se tornam cuidadores (Folkman e Moskowitz; Grant *et al.*, 1998; Noonan, Tennstedt e Rebelsky, 1996). Parece que, muitas das satisfações descritas, estão ligadas ou resultam da adopção de estratégias de *coping* bem sucedidas (Grant *et al.*, 1998; Noonan, Tennstedt e Rebelsky, 1996).

O conceito de *coping* tem sido definido e avaliado por diferentes investigadores o que de certa forma tem dificultado o seu entendimento. Lazarus e Folkman (1984) definiram-no como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas ou externas que excedem as capacidades dos indivíduos. O processo de *coping* inicia-se quando a pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam (Folkman e Moskowitz, 2004; Ramos, 2001). Como consequência imediata desta avaliação, dá-se a resposta ao *stress*, que se traduz numa reacção total do organismo que inclui sinais e sintomas. Face a estes sinais e sintomas, a pessoa envolve-se em determinadas estratégias de *coping* com vista a alterar a situação, ou a forma como a mesma a afecta (Ramos, 2001). Se as estratégias empreendidas forem adequadas e eficazes, a pessoa resolve a situação de *stress*; se as estratégias de *coping* utilizadas forem inadequadas e ineficazes, a situação *stressora* não é resolvida e emoções negativas prevalecem (Ramos, 2001; Folkman e Moskowitz, 2004).

O *coping* assume-se então como um mecanismo fundamental na explicação das diferenças individuais que se registam como resposta ao *stress* da tarefa de cuidar (Noonan, Tennstedt e Rebelsky, 1996; Kim e Knight, 2008).

De um modo geral, existem dois tipos de *coping*, consoante a actividade cognitiva e comportamental se aproxima ou se afasta dos *stressores*: confrontação ou evitamento (Ramos, 2005). O *coping* de confrontação define a orientação para o *stressor* e o emprego de estratégias que ajudam a lidar aberta e directamente com ele, na procura da sua resolução. Por sua vez, o *coping* de evitamento define o afastamento em relação ao *stressor*, através de estratégias de negociação e de fuga, e tem por objectivo evitar lidar aberta e directamente com o mesmo (Ramos, 2005). Se as pessoas considerarem que o *stressor* constitui uma ameaça à sua saúde, ficam imediatamente inclinados para usar um *coping* de evitamento. Se consideram que a exigência não é exageradamente ameaçadora, tendem a optar pelo *coping* de confrontação. Uma

vez avaliada a dimensão do *stressor*, a pessoa procura ver o que pode fazer para lidar com situação e começa a pensar nas estratégias de *coping* que lhe parecem mais adequadas (Ramos, 2005). Podem escolher entre dois tipos de estratégias para lidar com a situação, definidas por Lazarus e Folkman (1984) como i) *coping* orientado para o problema ou instrumental (quando as pessoas agem directamente sobre as circunstâncias do ambiente e sobre as exigências que proporcionam) e ii) *coping* orientado para as emoções ou paliativo (quando as pessoas alteram a forma como interpretam determinado acontecimento, procurando reduzir o mal-estar que o mesmo lhe proporciona) (Ramos, 2001, 2005).

Pearlin *et al.* (1990, 2002) chamam a atenção para a utilidade de analisar as estratégias de *coping* tendo em conta as suas funções. Os autores sugerem a divisão das estratégias em três grandes tipos: i) lidar com os acontecimentos (*coping* instrumental); ii) lidar com os significados (*coping* paliativo) e iii) lidar com as consequências, isto é gerir as consequências ou resultados dos *stressores* (como a ansiedade ou a depressão). Existe uma quarta função, a de prevenir ou impedir o surgimento de fontes de *stress*. Contudo este papel preventivo do *coping* tem sido subestimado pela investigação, que normalmente é desenhada para observar as estratégias de *coping* após o surgimento dos problemas e não antes (Nolan, Grant e Keady, 1996; Pearlin, 2002).

A análise das estratégias de *coping* segundo as suas funções orientou igualmente o estudo de Nolan, Grant e Keady (1996). De acordo com os seus resultados, os tipos de *coping* instrumental e paliativo são igualmente utilizados e percebidos como eficazes. Já as estratégias que visam lidar com as consequências são no geral as menos aplicadas. Os indivíduos tendem a recorrer a estas técnicas apenas quando as estratégias anteriores falham, não se encontram disponíveis ou não são passíveis de ser empreendidas. Resultados semelhantes foram também encontrados em estudos efectuados em Portugal por Brito (2002) e Figueiredo (2007b).

A eficácia do *coping* continua a ser um tema enigmático e complexo, todavia a concepção original de que as estratégias focadas no problema seriam mais eficazes que as focadas na emoção (Folkman e Lazarus, 1985), parece estar a ser substituída por duas ideias que se conjugam: numa situação geradora de *stress* as pessoas tendem a adoptar ambas as estratégias; e é o equilíbrio entre as estratégias focadas no problema e as focadas na emoção que está na base da eficácia do *coping* (Brito, 2002; Figueiredo, 2007a; Folkman e Moskowitz, 2004; Knussen, Tolson, Swan, Stott e Brogan, 2008; Nolan, Grant e Keady, 1996).

Na explicação da diversidade que existe relativamente à adopção de estratégias de *coping* residem vários factores, que são geralmente classificados como recursos pessoais internos e recursos pessoais externos (Nolan Grant e Keady, 1996). Nos primeiros, destacam-se as habilidades pessoais, o conhecimento que se possui da pessoa dependente, a experiência de vida, crenças e valores e capacidade para resolução de problemas (Nolan Grant e Keady, 1996). Neste grupo podem ser ainda inseridas as diferentes características psicológicas da personalidade que fazem as pessoas resistentes ao *stress*: o sentido de coerência, a auto estima, o optimismo, a auto-eficácia (Martz e Livneh, 2007; Ramos, 2005), o perdão, a esperança, a inteligência emocional e o humor (Ramos, 2005). Relativamente aos recursos pessoais externos, o significado

atribuído à situação geradora de *stress* pode ser determinado pelo rendimento, suporte social e acesso a serviços de saúde e sociais (Nolan Grant e Keady, 1998).

As particularidades do *coping* são melhor captadas em relação a *stressores* específicos (Gottlieb e Gignac, 1996). Poucas investigações têm, no entanto, explorado esta relação. O trabalho de Aneshensel e colaboradores (1995) e mais recentemente o de Figueiredo (2007b), contribuem para esta compreensão. No seu estudo, Figueiredo indica não existir qualquer relação significativa entre o *coping* e os *stressores* primários subjectivos (sobrecarga e clausura do papel). Contudo, o mesmo parece afectar o sentido de enriquecimento pessoal, isto é, à medida que as estratégias são percebidas como eficazes, aumenta o sentimento de enriquecimento pessoal. A autora revela ainda que quanto maior é a dependência do idoso nas AVD's, mais as estratégias de *coping* são percebidas como ineficazes.

4. Objectivos gerais e específicos

Pretende-se com o estudo conhecer e comparar dois grupos de cuidadores informais – primários e secundários – no que diz respeito ao contexto sócio-familiar da pessoa idosa dependente, à presença de *stressores* primários e secundários e ao modo como lidam com as exigências das tarefas do cuidar. Em termos específicos, procura-se com este objectivo geral: i) comparar os dois grupos de cuidadores informais relativamente ao contexto da prestação de cuidados, nomeadamente, à relação de parentesco com a pessoa de quem se cuida, situação ou não de coabitação, tempo dispendido na prestação de cuidados; tipo de apoio prestado; ii) verificar a existência de diferenças entre os dois grupos de cuidadores informais relativamente à percepção dos factores de *stress* primários objectivos – dependência nas AVD's e AVDi's, comportamento problemático e funcionamento cognitivo; iii) verificar a existência de diferenças entre os dois grupos de cuidadores informais relativamente à percepção dos factores de *stress* primários subjectivos – sobrecarga e clausura do papel; iv) verificar a existência de diferenças entre os dois grupos de cuidadores informais relativamente à percepção dos factores de *stress* secundários - tensões de papel: conflito profissional e problemas financeiros; v) verificar a existência de diferenças entre os dois grupos de cuidadores informais relativamente à percepção dos factores de *stress* secundários - tensões intrapsíquicas - sentido de competência e enriquecimento pessoal e vi) comparar os dois grupos de cuidadores informais, no que respeita às estratégias de *coping* adoptadas.

Pretende-se igualmente compreender como a eficácia das estratégias de *coping* e os *stressores* se relacionam entre si, para cada grupo de cuidadores informais. Foram formulados como objectivos específicos: i) analisar e compreender a relação entre estratégias de *coping* e os dois factores de *stress* primários subjectivos: sobrecarga de papel e clausura do papel; ii) analisar e compreender a relação entre estratégias de *coping* e as tensões intra-psíquicas (sentido de competência e enriquecimento pessoal).

Várias razões vêm justificar a pertinência deste estudo. Primeiro, o trabalho apresenta importantes implicações para a literatura, na medida em que a amostra considerada é significativamente diferente das que se encontram nas investigações acerca deste tema, que têm incidido, quase exclusivamente, nos cuidadores informais primários. Deste modo, espera-se ampliar o conhecimento acerca do cuidador secundário no sistema informal de cuidados e transmitir a importância de desenvolver intervenções que compreendam também este grupo de cuidadores.

Adicionalmente, permitirá aos profissionais das áreas da saúde e da acção social, identificar quais os prestadores em situação de maior risco e ajudá-los a reconhecer ou reduzir as formas de *coping* que em cada situação se mostram ineficazes, bem como ajudá-los a desenvolver novas estratégias (Brito, 2002). Assim, os cuidadores poderão fazer o uso adequado dos recursos pessoais e sociais que lhe permitem o controlo das situações e a resolução dos problemas e vivenciar a experiência de cuidar de uma forma mais positiva.

5. Metodologia

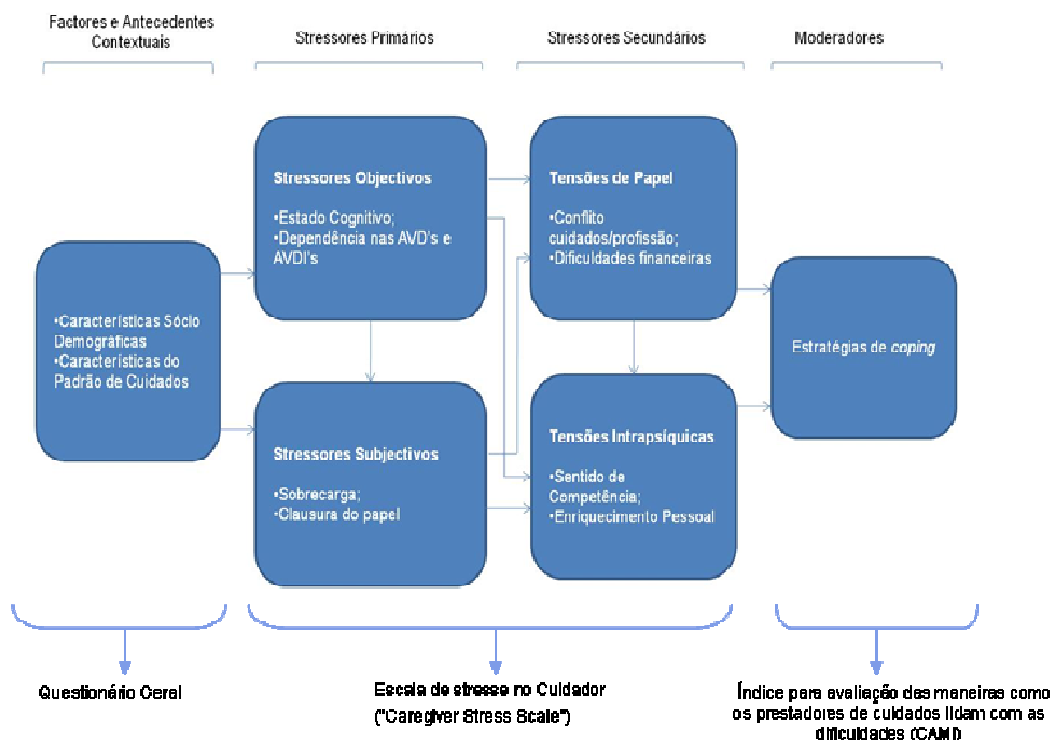
5.1. Desenho de investigação

O trabalho centra-se numa abordagem quantitativa, correlacional, que, segundo Fortin (1999), permite a verificação de associações entre os factores, visando examinar a força e a direcção das relações. É igualmente um estudo comparativo, na medida em que se procura estabelecer diferenças entre grupos relativamente a determinadas variáveis. Elaborou-se um modelo de análise (Figura 2) que contempla a relação entre o modelo que serviu de base ao trabalho, Modelo de Desenvolvimento de *Stress* (Pearlin *et al.*, 1990), as variáveis em estudo os instrumentos utilizados para a sua medição.

5.2. Instrumentos

A recolha de dados teve por base a aplicação de quatro instrumentos, que se organizaram da seguinte forma: i) Índice de Barthel (Anexo I); ii) Questionário geral para recolha de dados sócio demográficos e contexto da situação de prestação de cuidados (Anexo II e III); iii) Escala de *Stress* no Cuidador (*Caregiver Stress Scale*) (adaptado de Aneshensel *et al.* 1995, por Figueiredo, 2007) (Anexo IV) e iv) Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (no original *Carer's Assessment of Managing Index* – CAMI) (Nolan, Grant e Keady, 1996) (Anexo V).

Figura 2. Relações entre o modelo de desenvolvimento de *stress*, as variáveis estudadas e os instrumentos utilizados



De forma a verificar a relevância, clareza e compreensão das perguntas, os questionários foram sujeitos a um pré-teste junto de três cuidadores informais primários e três cuidadores informais secundários. A informação recolhida nesta etapa permitiu concluir que não havia necessidade de efectuar alterações. Assim, considerou-se que as questões eram compreendidas pelos sujeitos e que estes eram capazes de lhes responder.

Foram igualmente estudadas as características psicométricas da escala de *stress* no cuidador e do CAMI, recorrendo ao cálculo dos alphas de Cronbach.

5.2.1. Índice de Barthel

O Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) foi utilizado para medir a independência do indivíduo no desempenho das AVD. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com alto grau de fiabilidade e validade e com capacidade para detectar alterações (Rufaza e Moreno, 1997).

As AVD incluídas no instrumento são: alimentação, banho, vestir, higiene pessoal, incontinência, uso da sanita, transferências, mobilidade, subir e descer escadas. A pontuação é dada em função da capacidade do indivíduo para realizar as mesmas, variando de 0 (dependência total) a 100 (completamente independente). A versão original do índice apresenta uma consistência interna alta, com um alpha de Cronbach de 0.86-0.92 (Rufaza e Moreno, 1997; Solis, Arriola e Manzano, 2005). Para facilitar a interpretação do instrumento, os pontos de corte

utilizados foram: 0-20: Dependência total; 21-35: Dependência severa; 40-55: Dependência moderada; 60-100: Dependência ligeira ou Independência.

5.2.2. Questionário Geral

O Questionário Geral teve por base o questionário utilizado no âmbito do estudo de Figueiredo (2007b) e foi usado para recolha de dados sócio-demográficos dos cuidadores e de informação relativa ao contexto da situação da prestação de cuidados. Uma parte do questionário destinou-se também à recolha de informação sócio-demográfica do idoso, bem como do seu estado funcional. Foi por isso acompanhado por uma avaliação funcional, mediante a aplicação do Índice de Barthel.

Conta com duas versões que variam de acordo com o tipo de papel desempenhado pelo cuidador, primário ou secundário.

No que respeita aos dados sócio-demográficos, o questionário geral permitiu a recolha de informação relativamente ao género, idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional do cuidador. No que concerne à informação relativa ao contexto da prestação de cuidados, foram considerados o grau de parentesco e proximidade física com a pessoa receptora de cuidados, existência de filhos a cargo, auto-percepção do estado de saúde e rendimento mensal do agregado familiar. Visou-se igualmente obter informação relativa ao tipo, intensidade e duração dos cuidados.

Relativamente aos dados sócio-demográficos da pessoa idosa, procurou-se a recolha de informação sobre o género, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão anterior à reforma e foram examinados o grau de dependência funcional, de acordo com o Índice de Barthel, e a existência ou não de diagnóstico clínico de demência. Pretendeu-se ainda a obtenção de dados acerca do recurso a serviços formais de apoio.

5.2.3. Caregiver Stress Scale (Escala de Stress no Cuidador)

As questões inseridas neste questionário incidem nas variáveis do Modelo de Desenvolvimento de Pearlin e colaboradores (1990), procurando obter informação acerca dos stressores primários (objectivos e subjectivos) e secundários (tensões de papel e tensões intrapsíquicas) que compreendem o fenómeno de proliferação de *stress*. As questões foram retiradas do questionário aplicado no estudo de Aneshensel *et al.* (1995), tendo sido traduzidas e adaptadas para a língua portuguesa por Figueiredo (2007b).

Relativamente aos factores de *stress* primários objectivos, foram incluídas duas questões: a primeira visa perceber até que ponto a pessoa idosa consegue desempenhar algumas actividades cognitivas; a segunda procura perceber até que ponto a pessoa precisa de ajuda na execução de actividades de vida diária (básicas e instrumentais). Ambas apresentaram, no estudo de Aneshensel *et al.* (1995), níveis elevados de fiabilidade ($\alpha=0.86$ e $\alpha=0.89$, respectivamente).

Relativamente ao item dependência da pessoa idosa, Figueiredo (2007b) optou por analisar à parte as actividades básicas e as actividades instrumentais da vida diária, tendo observado para as duas, valores de consistência interna elevados ($\alpha=0.934$ e $\alpha=0.907$, respectivamente).

No tocante aos factores de *stress* primários subjectivos foram analisadas a sobrecarga e a clausura do papel. As possibilidades de resposta para cada um dos itens são: nada (1); pouco (2); muito (3) e completamente (4). Tratam-se de itens com níveis de fiabilidade satisfatórios ($\alpha=0.78$ e $\alpha=0.83$, respectivamente) (Aneshensel *et al.*, 1995). Em Portugal, segundo dados de Figueiredo (2007b), a questão levantada para avaliar a sobrecarga obteve um alpha de Cronbach de 0.78 e a questão para avaliar a clausura do papel um alpha de Cronbach de 0.73.

Dirigida aos cuidadores que mantêm uma profissão, estudaram-se as repercussões da prestação de cuidados na vida profissional do cuidador a partir de uma escala de cinco itens, cujas respostas podem oscilar entre discordo fortemente (1) e concordo fortemente (4). A consistência interna da questão é aceitável, apresentando um valor de alpha de 0.75 (Aneshensel *et al.*, 1995). Figueiredo (2007b) registou neste item um valor de alpha baixo ($\alpha=0.387$). No que respeita às dificuldades financeiras que podem decorrer da prestação de cuidados, procurou-se saber se houve alteração nas despesas monetárias desde o começo da prestação de cuidados e conhecer a condição do rendimento do agregado familiar ao final do mês. Nestas, o cuidador tem cinco possibilidades de resposta: muito menores agora (5); relativamente menores agora (4); mais ou menos a mesma coisa (3); relativamente maiores agora (2); muito maiores agora (1).

No que concerne aos factores de *stress* secundários - tensões intrapsíquicas - contemplou-se o sentido de competência e o sentimento de enriquecimento pessoal. A primeira dimensão, foi avaliada com uma questão que procura compreender quais os sentimentos e pensamentos que os cuidadores detêm do seu papel ($\alpha= 0.74$) (Aneshensel *et al.*, 1995). A última questão permitiu identificar quais os ganhos decorrentes da prestação de cuidados ($\alpha= 0.76$) (Aneshensel *et al.*, 1995). As opções de resposta são iguais: nada (1); pouco (2); alguma coisa (3); muito (4). Relativamente ao enriquecimento pessoal, Figueiredo (2007b) registou uma consistência interna satisfatória ($\alpha=0.864$).

5.2.4. Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI)

O CAMI, desenvolvido por Nolan, Grant e Keady (1996), proporciona uma visão das principais categorias de estratégias de *coping* utilizadas e percebidas como mais eficazes pelos cuidadores. O instrumento inclui 38 itens, subdivididos nas seguintes escalas: i) lidar com o acontecimento/ resolução de problemas; ii) lidar com os significados/percepções e iii) lidar com as consequências/resultados. Para cada item, o cuidador é convidado a indicar, numa escala tipo Likert de 4 pontos, se: não procede dessa forma (4); procede dessa forma e acha que não dá resultado (3); procede dessa forma e acha que dá algum resultado (2) ou procede dessa forma e

acha que dá bastante bom resultado (1). No final, existe um espaço onde a pessoa pode mencionar estratégias que utilize e que não tenham sido contempladas nos 38 itens anteriores.

No que concerne às propriedades psicométricas, trata-se de um instrumento com uma consistência interna satisfatória, com um valor de alpha de Cronbach de 0,85 (Nolan, Grant e Keady, 1996). A validação do índice para a língua portuguesa foi desenvolvida por Brito (2002) que verificou um valor de alpha ligeiramente inferior ($\alpha=0,80$).

5.3. Procedimentos

5.3.1. Selecção da amostra

Os critérios que estiveram subjacentes à constituição dos dois grupos de cuidadores informais (primários e secundários) foram os seguintes: i) prestar cuidados a um idoso com idade igual ou superior a 65 anos; ii) a dependência do idoso nas AVD deveria ser, no mínimo, moderada (segundo Índice de Barthel) e iii) o cuidador teria de prestar cuidados há mais de 6 meses. O método de amostragem foi não probabilístico, do tipo acidental, técnica que consiste em incluir os sujeitos no estudo, à medida que se apresentam e até se atingir o número desejado.

Constituiu-se uma amostra de 180 cuidadores informais, sendo que 90 são cuidadores informais primários e 90 são cuidadores informais secundários.

5.3.2. Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados teve início em Fevereiro de 2008. A investigadora entrou em contacto com Instituições Particulares de Solidariedade Social de apoio a pessoas idosas e Instituições de Saúde (centros de saúde), pedindo a sua colaboração na identificação de sujeitos que respondiam aos critérios de inclusão referidos.

O procedimento empreendido pelas instituições que se disponibilizaram para apoiar, foi efectuar uma listagem de todos os utentes que preenchiam os critérios de inclusão e fazer uma primeira abordagem junto dos mesmos, com o intuito de obter a sua permissão para colaborar no estudo. Foi cedida à investigadora os contactos dos cuidadores que aceitaram participar e coube a esta combinar um encontro para entrega ou apoio no preenchimento dos questionários. Os dados foram obtidos de Instituições pertencentes ao distrito de Aveiro.

Durante o encontro e antes de iniciar a recolha dos dados, os participantes foram informados acerca da natureza, objectivos da investigação, métodos e meios pelos quais ela seria conduzida, tempo de aplicação/preenchimento dos questionários e confidencialidade dos dados, solicitando a sua participação no estudo. Mediante resposta afirmativa, os participantes foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e informado (Anexo VI). A maioria dos

questionários foi preenchida em conjunto com a investigadora (70%) em contexto domiciliário e apresentaram uma duração média de 25 minutos.

5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados recorrendo à estatística descritiva com o cálculo das frequências e medidas de tendência central e dispersão. Além da descrição dos dados, utilizaram-se estatísticas inferenciais. No sentido de estudar a relação entre variáveis utilizou-se o teste do qui-quadrado e para comparação de médias o teste *t de student*. Estes procedimentos implicaram um nível de significância que teve como critério $p < 0.05$. Numa tentativa de verificar a existência de relações entre os dados do CAMI e Caregiver Stress Scale, dado tratarem-se de escalas de medida ordinais, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os dados foram processados para o programa de estatística SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos

5.5.1. O CAMI

Da análise da fiabilidade do CAMI, verificou-se que os resultados da consistência interna da escala total foram bastante aceitáveis, tendo-se obtido um valor alfa de Cronbach de 0,837 para a sub-amostra de cuidadores primários e de 0,807 para a sub-amostra de cuidadores secundários. Por sub-escalas, verificou-se que na categoria lidar com as consequências os valores de alfa de Cronbach obtidos foram questionáveis ($\alpha = 0,499$ para a sub-amostra de cuidadores primários e $\alpha = 0,431$ para a sub-amostra de cuidadores secundários). Por considerar-se que todas as estratégias são importantes para a análise do estudo e que a exclusão de algum item iria tornar a sub-escala muito pequena, optou-se por manter todos os itens da sub-escala lidar com as consequências do *stress*.

Tabela 1: Médias, desvios padrões e alphas de Cronbach do CAMI

Escala	Amostra	Média	DP	Alfa Cron.	Amplitude teórica	Amplitude observada
Escala Total	Cuidadores primários	87,22	12,35	0,837	38-152	61-146
	Cuidadores secundários	90,48	12,31	0,807	"	63-140
Lidar com os acontecimentos	Cuidadores primários	29,77	6,36	0,764	14-56	23-34
	Cuidadores secundários	30,09	6,31	0,742	"	25-38
Lidar com os significados	Cuidadores primários	32,38	5,61	0,746	15-60	24-49
	Cuidadores secundários	35,43	4,88	0,544	"	26-55
Lidar com as consequências	Cuidadores primários	25,12	3,85	0,499	9-36	16-35
	Cuidadores secundários	25,14	3,76	0,431	"	15-33

5.5.2. Caregiver Stress Scale (Escala de Stress no Cuidador)

I. Funcionamento cognitivo da pessoa idosa

Relativamente à deterioração do funcionamento cognitivo da pessoa idosa, avaliada pela primeira questão, verifica-se a existência de consistências internas elevadas para as duas sub-amostras, sendo que o valor de alfa de Cronbach encontrado para os cuidadores primários foi de 0,987 e para os cuidadores secundários de 0,981.

Tabela 2. Funcionamento cognitivo da pessoa idosa: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	13,47	12,164	0,987	0-32	0-18
Amostra cuidadores secundários	13,73	10,917	0,981	"	0-17

II. Dependência da pessoa idosa na execução das ABVD e AVID

Relativamente à dependência da pessoa idosa nas ABVD e AVID, observam-se valores elevados de consistência interna entre as sub-amostras (tabela 3).

Tabela 3. Dependência da pessoa idosa na execução das ABVD e AVID: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
ABVD					
Amostra cuidadores primários	23,81	6,496	0,972	7-28	7-28
Amostra cuidadores secundários	24,31	5,299	0,944	"	7-28
AVID					
Amostra cuidadores primários	24,89	6,088	0,975	7-28	7-28
Amostra cuidadores secundários	24,96	5,475	0,937	"	7-28

III. Sobrecarga

No que diz respeito à sobrecarga, os valores elevados de alfa de Cronbach encontrados para os cuidadores primários e cuidadores secundários ($\alpha = 0,920$), anunciam a adequabilidade da questão ao estudo (tabela 4).

Tabela 4. Sobrecarga: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	9,03	2,29	0,920	3-12	3-12
Amostra cuidadores secundários	7,88	2,35	0,920	"	3-12

IV. Clausura do papel

Do estudo da consistência interna do item relativo à clausura do papel, verificam-se valores de alpha de Cronbach aceitáveis para a sub-amostra de cuidadores primários ($\alpha=0,894$) e cuidadores secundários ($\alpha=0,793$).

Tabela 5. Clausura do papel: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	7,39	2,552	0,894	3-12	3-12
Amostra cuidadores secundários	5,92	2,338	0,793	"	3-12

V. Conflitos profissionais

Dirigida unicamente aos indivíduos que exerciam actividade profissional, a questão 5 da escala de *stress* no cuidador obteve uma consistência interna aceitável para cada uma das sub-amostras ($\alpha= 0.859$ para os cuidadores primários e $\alpha= 0.796$ para os cuidadores secundários (tabela 6).

Tabela 6. Conflitos profissionais: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	11,16	3,516	0,859	5-20	7-16
Amostra cuidadores secundários	12,10	2,773	0,796	"	9-16

VI. Sentido de competência

Relativamente ao sentido de competência pôde-se verificar que os valores de alfa de Cronbach foram adequados para a amostra de cuidadores primários e secundários ($\alpha= 0,759$ e $\alpha=0,643$, respectivamente).

Tabela 7. Sentido de competência: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cron.	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	7,01	1,117	0,759	2-8	2-8
Amostra cuidadores secundários	6,60	1,149	0,643	"	2-8

VII. Enriquecimento pessoal

A última questão do instrumento apresenta consistências internas bastante satisfatórias para as sub-amostra de cuidadores primários ($\alpha = 0,938$) e cuidadores secundários ($\alpha = 0,925$).

Tabela 8. Enriquecimento pessoal: Médias, desvios padrão e alphas de Cronbach

Amostra	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Amostra cuidadores primários	13,74	2,387	0,938	4-16	4-16
Amostra cuidadores secundários	13,16	2,796	0,925	"	4-16

5.6. Caracterização da amostra dos cuidadores e pessoas idosas dependente

5.6.1. Caracterização sócio – demográfica dos cuidadores informais

A amostra é composta por 180 cuidadores informais, divididos em duas sub-amostras: cuidadores informais primários (50%) e cuidadores informais secundários (50%).

Em relação ao género, verifica-se que as sub-amostras apresentam distribuições idênticas, com prevalência para os cuidadores do género feminino (72,8%).

As sub-amostras apresentam diferenças significativas no que refere à variável idade ($t=6,89$; $p<0,0001$), sendo que os cuidadores secundários tendem a ser relativamente mais novos. As médias etárias encontradas, foram de 62 anos (DP=13,31; Max=86; Min=28) para os cuidadores primários e de apenas 45,23 anos (DP=14,77; Max=82; Min=21) para os cuidadores secundários.

No que respeita ao estado civil, as sub-amostras seguem distribuições semelhantes, sendo que, quer cuidadores primários (82,2%), como cuidadores secundários (75,6%), tendem a ser casados ou a viver em união de facto.

As sub-amostras seguem distribuições diferentes no que concerne às habilitações literárias. Nos cuidadores primários predomina o grau académico referente ao 1.º ciclo (64,4%) e embora, mas com um valor bastante inferior, também seja este o grau académico mais prevalente entre os cuidadores secundários (31,1%), destaca-se que 44,4% dos elementos deste grupo possui habilitações superiores ao 1.º ciclo.

Também em relação à situação profissional, constata-se distribuições divergentes entre as sub-amostras. Nos cuidadores primários evidenciam-se as domésticas (35,6%) e reformados/pensionistas (33,3%), nos cuidadores secundários predominam os empregados (34,4%).

Tabela 9. Características sócio-demográficas dos cuidadores informais

Características	Cuidadores informais primários		Cuidadores informais secundários	
	n	%	n	%
Género ¹				
Feminino	69	76,7	62	68,9
Masculino	21	23,3	28	31,1
Total	90	100,0	90	100,0
Idade (anos) ²				
25 – 40	6	6,7	23	25,6
41 – 50	13	14,4	29	32,2
51 – 60	18	20,0	13	14,4
61 – 70	25	27,8	15	16,7
71 – 80	22	24,4	9	10,0
>80	6	6,7	1	1,1
Total	90	100,0	90	100,0
Estado Civil ³				
Casado/União facto	74	82,2	68	75,6
Viúvo	4	4,4	4	4,4
Solteiro	6	6,7	2	2,2
Separado/Divorciado	6	6,7	16	17,8
Total	90	100,0	90	100,0
Habilitações literárias ⁴				
Sem habilitações	8	8,9	6	6,7
1.º Ciclo	58	64,4	28	31,1
2.º Ciclo	13	14,4	18	20,0
3.º Ciclo	5	5,6	11	12,2
Secundário	3	3,3	10	11,1
Curso médio	1	1,1	2	2,2
Curso superior	2	2,2	15	16,7
Total	90	100,0	90	100,0
Situação Profissional ⁵				
Empregado	16	17,8	46	51,1
Empregado a tempo parcial	6	6,7	6	6,7
Reformado/pensionista	30	33,3	12	13,3
Desempregado	4	4,4	9	10,0
Estudante	0	0,0	2	2,2
Doméstica	32	35,6	9	10,0
Outra	2	2,2	6	6,7
Total	90	100,0	90	100,0

¹Género $\chi^2 (1) = 1,374$; $p=0,315$ ²Idade: $\chi^2 (5) = 28,390$; $p=0,000$ ³Estado civil: $\chi^2 (3) = 6,799$; $p=0,079$ ⁴Habilitações Literárias: $\chi^2 (6) = 27,851$; $p=0,000$ ⁵Situação profissional: $\chi^2 (6) = 41,056$; $p=0,000$

5.6.2. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos receptores de cuidados

Das 137¹ pessoas idosas estudadas, a maioria é do sexo feminino (62,8%).

¹ Note-se que, no caso de 43 idosos, participaram no estudo o cuidador principal e um ou mais cuidadores secundários relativos ao mesmo idoso.

A média de idades encontrada foi de 81,90 anos (DP=7,41; Max=100; Mín=65), com predomínio para os indivíduos que se situam entre 76 e os 85 anos (47,4%), seguidos pelo grupo de pessoas idosas com idades compreendidas entre os 86 e os 95 anos (29,2%).

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maior parte dos sujeitos são viúvos (52,6%), seguidos pelos casados ou em união de facto (40,9%).

No que respeita às habilitações literárias, predominam as pessoas idosas que não frequentaram o sistema de ensino formal (51,8%) e as que têm o 1.º ciclo (44,5%). Um número reduzido de sujeitos (2,2%) possui formação a nível superior.

Quanto à profissão exercida anteriormente verifica-se o predomínio para as domésticas (41,6%) e trabalhadores da agricultura ou pescas (24,1%).

De acordo com os resultados do Índice de Barthel, a grande maioria destas pessoas apresenta dependência total na realização das AVD's (67,2%). Sobressaem igualmente os sujeitos com diagnóstico de demência (56,2%).

Finalmente, pode-se observar que as pessoas idosas dependentes recebem frequentemente ajuda formal (77,4%), sendo comum o apoio prestado pelo Serviço de Apoio Domiciliário (77,4%).

6. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte procura-se comparar as duas sub-amostras em estudo, tendo por base o padrão de cuidados, os factores de *stress* e as estratégias de *coping*. Na segunda parte apresentam-se os resultados das correlações entre as estratégias de *coping* utilizadas e os factores de *stress*.

6.1. Análise do padrão de cuidados prestados ao idoso dependente

No que respeita à caracterização do padrão de cuidados, verifica-se que as sub-amostras seguem distribuições diferentes para todos os itens analisados, com excepção para o item «filhos a cargo», no qual a grande maioria dos cuidadores não se encontra nessa situação (Tabela 11).

Atendendo à tabela 11, observa-se que são os cônjuges/companheiros (41,1%) que assumem o papel principal da prestação de cuidados, enquanto que os filhos (40,0%) predominam entre os cuidadores secundários.

No que respeita à distância geográfica, os cuidadores primários tendem a viver no mesmo domicílio do familiar idoso (86,7%). Já os cuidadores secundários ou vivem em situação de coabitação (46,7%) ou encontram-se a viver na mesma terra (40,0%).

Tabela 10. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos receptores de cuidados

Características	Total de pessoas idosas dependentes	
	n	%
Género		
Feminino	86	62,8
Masculino	51	37,2
Total	137	100,0
Idade (anos)		
65 – 74	25	18,2
75 – 84	69	50,4
85 – 94	40	29,2
>94	3	2,2
Total	137	100,0
Estado Civil		
Casado/união de facto	56	40,9
Viúvo	72	52,6
Solteiro	9	6,6
Total	137	100,0
Habilitações literárias		
Sem habilitações	71	51,8
1.º ciclo	61	44,5
2.º ciclo	1	0,7
3.º ciclo	1	0,7
Ensino secundário	2	1,5
Curso médio	1	0,7
Total	137	100,0
Profissão anterior à reforma		
Agricultura e pescas	33	24,1
Operários, artificies e trabalhadores similares	19	13,9
Doméstica	57	41,6
Outra	28	20,4
Total	137	100,0
Grau de dependência		
Dependência moderada	13	9,5
Dependência Severa	32	23,4
Dependência Total	93	67,2
Total	137	100,0
Demência		
Sim	77	56,2
Não	60	43,8
Total	137	100,0
Utilização de resposta formal		
Sim	106	77,4
Não	31	22,6
Total	137	100,0
Tipo de resposta formal		
Serviço de Apoio Domiciliário	82	77,4
Centro de Dia	4	3,8
Centro de Noite	1	0,9
Apoio Domiciliário Integrado	1	0,9
Serviço de Apoio Domiciliário + Cuidados de Saúde	18	17,0
Total	106	100,0

São os cuidadores secundários que apresentam rendimentos mensais (agregado) superiores, sendo que mais de metade desta sub-amostra usufrui de valores acima dos 750€. Perto de 70% dos cuidadores primários recebe menos que este valor.

Verifica-se igualmente que são os cuidadores secundários que tendem a avaliar de forma mais positiva a sua saúde, com 51,1% desta sub-amostra a classificá-la como boa ou muito boa. A destacar que nenhum cuidador primário avalia o seu estado de saúde como muito bom e que apenas 23,3% o consideram bom.

Os dois grupos de cuidadores apresentam distribuições diferentes no que respeita à «duração da prestação de cuidados» e «horas semanais dedicadas à prestação de cuidados». São os cuidadores primários que se encontram há mais tempo a prestar apoio, com a maioria dos inquiridos a apoiar o familiar dependente há mais de 5 anos (46,7%). Apenas 13,3% dos cuidadores secundários confirmam estar nessa situação, sendo que predominam os cuidadores que prestam cuidados entre 3 a 5 anos (31,1%), seguidos pelos que o fazem entre 1 a 2 anos (28,9%).

São ainda os cuidadores primários que dedicam mais horas semanais à prestação de cuidados, observando-se um número elevado de participantes a prestar cuidados permanentes ao seu familiar (76,7%). Metade dos cuidadores secundários (50,0%) presta um apoio semanal entre 9 a 20h, seguindo-se os que o fazem entre 0 a 8h (35,6%).

No que respeita ao tipo de cuidados prestados pelos cuidadores informais, o gráfico 1 sugere que os cuidadores primários tendem a apoiar em todo o tipo de actividades, sejam ABVD como AIVD. Os cuidadores secundários prestam no geral menos apoio, aparecendo com mais frequência a dedicar apoio emocional (78,9%) e supervisão regular (74,4%). São menos habituais as actividades como o apoio financeiro (33,3%), utilização do telefone (34,4%), gestão de dinheiro (35,6%) ou passear/actividades de lazer (35,6%).

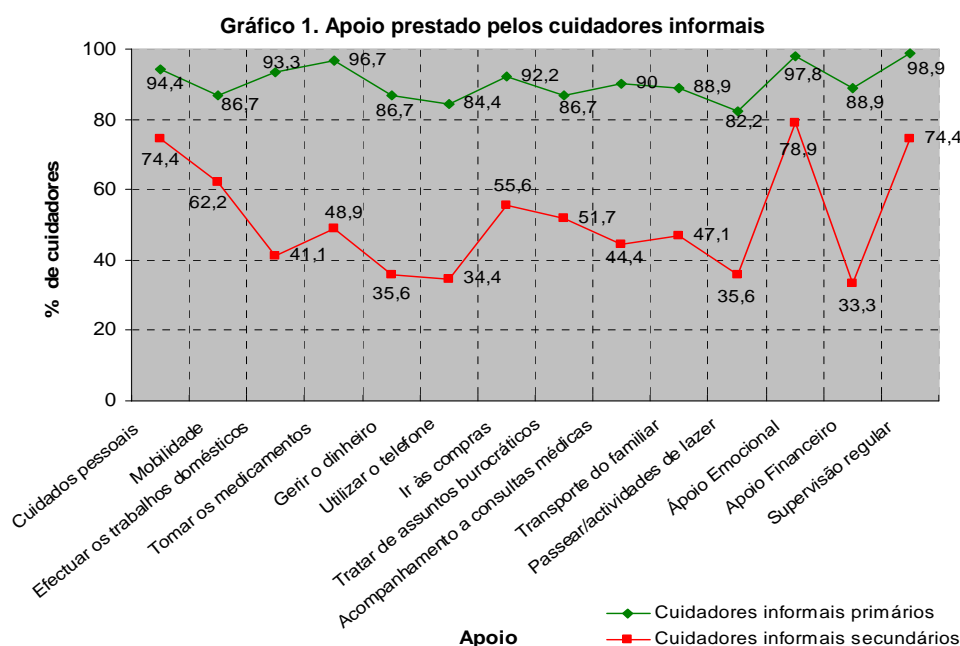


Tabela 11. Caracterização sócio-familiar dos cuidadores informais

Características	Cuidadores informais primários		Cuidadores informais secundários	
	n	%	n	%
Parentesco com a pessoa idosa ¹				
Cônjuge/companheiro	37	41,1	5	5,6
Filha(o)	31	34,4	36	40,0
Irmã(o)	4	4,4	4	4,4
Nora/genro	9	10,0	14	15,6
Outro familiar	6	6,7	18	20,0
Amiga(o)	3	3,3	9	10,0
Vizinha (o)	0	0,0	4	4,4
Total	90	100,0	90	100,0
Filhos a cargo ²				
Sim	17	18,9	25	27,8
Não	73	81,1	65	72,2
Total	90	100,0	90	100,0
Distância geográfica em relação à pessoa idosa ³				
Mesmo domicílio	78	86,7	42	46,7
Mesma terra	8	8,9	36	40,0
Mesmo bairro	3	3,3	5	5,6
> 30 Km	0	0,0	5	5,6
> 30 Km	0	0,0	2	2,2
Outra	1	1,1	0	0,0
Total	90	100,0	90	100,0
Rendimento agregado (€) ⁴				
150-300	6	6,7	4	4,4
300-450	18	20,2	9	10,0
450-600	20	22,5	9	10,0
600-750	17	19,1	19	21,1
750-1000	9	10,1	19	21,1
1000-1500	7	7,9	5	5,6
>1500	12	13,5	25	27,8
Total	89	100,0	90	100,0
Auto-percepção de saúde ⁵				
Muito boa	0	0,0	8	8,9
Boa	21	23,3	38	42,2
Razoável	40	44,4	31	34,4
Fraca	18	20,0	9	10,0
Muito fraca	11	12,2	4	4,4
Total	90	100,0	90	100,0
Duração da prestação de cuidados ⁶				
6 meses até 1 ano	12	13,3	24	26,7
Mais de 1 ano até 2 anos	21	23,3	26	28,9
3-5 anos	15	16,7	28	31,1
> 5 anos	42	46,7	12	13,3
Total	90	100,0	90	100,0
Horas semanais dedicadas à prestação de cuidados ⁷				
0-8h	1	1,1	32	35,6
9-20h	9	10,0	45	50,0
21-40h	11	12,2	8	8,9
>41h	69	76,7	5	5,6
Total	90	100,0	90	100,0

¹Parentesco com a pessoa idosa: $\chi^2(6) = 38,841$; $p=0,000$ ²Filhos a cargo: $\chi^2(1) = 1,988$; $p=0,217$ ³Distância geográfica: $\chi^2(5) = 37,118$; $p=0,000$ ⁴Rendimento agregado: $\chi^2(6) = 16,151$; $p=0,013$ ⁵Auto-percepção de saúde: $\chi^2(4) = 20,306$; $p=0,000$ ⁶Duração da prestação de cuidados: $\chi^2(3) = 25,129$; $p=0,000$ ⁷Horas semanais dedicadas à prestação de cuidados: $\chi^2(3) = 1,089$; $p=0,000$

6.2. Análise comparativa dos factores de stress

6.2.1. Factores de stress primários objectivos

A primeira questão da Caregiver Stress Scale (escala de stress no cuidador) relativa ao funcionamento cognitivo da pessoa idosa, procurou compreender a percepção dos cuidadores sobre o desempenho da pessoa idosa em algumas funções cognitivas (memória, orientação, reconhecimento, compreensão ou articulação de palavras). As possibilidades de resposta encontram-se numa escala de tipo Likert de cinco pontos: nada/ totalmente incapaz (0); pouco capaz (1); moderadamente capaz (2); muito capaz (3) e totalmente capaz (4).

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras no que toca a este item. Os valores médios indicam que os cuidadores primários e secundários consideram que o seu familiar apresenta um funcionamento cognitivo moderado.

Tabela 12. Percepção do funcionamento cognitivo da pessoa idosa

Factor de stress primário objectivo	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Funcionamento cognitivo da pessoa idosa	90	1,68	0,17	90	1,71	0,22	1,129	0,260

Ainda no que respeita aos factores de stress primários objectivos, foi analisada a dependência da pessoa idosa nas ABVD e AIVD. O cuidador foi convidado a indicar até que ponto a pessoa de quem cuida necessita de ajuda para realizar as actividades referidas, a partir de uma escala de Likert subdividida em: nada (1); pouco (2); muito (3), completamente (4). Constatou-se pela tabela 13, que existem diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras, no que toca à percepção de dependência da pessoa idosa nas ABVD. Apesar de em ambos os cuidadores percepcionarem dependências elevadas neste tipo de actividades, os cuidadores secundários tendem, de um modo geral, a sentir que prestam apoio a pessoas com maior dependência.

Tabela 13. Percepção de dependência da pessoa idosa nas ABVD e AIVD

Factor de stress primário objectivo	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
ABVD	90	3,40	0,07	90	3,47	0,13	-4,691	0,001
AIVD	90	3,55	0,04	90	3,56	0,12	0,750	0,454

6.2.2. Factores de *stress* primários subjectivos

Nos factores de *stress* primários subjectivos foram estudadas a sobrecarga e a clausura do papel. Cada questão conta com três itens, onde o cuidador tem de indicar, numa escala tipo Likert de quatro pontos, até que ponto cada afirmação o descreve: nada (1); pouco (2); muito (3) e completamente (4). Valores mais baixos indicam menor sentimento de sobrecarga e de clausura.

Verificam-se diferenças estatisticamente relevantes em ambas as questões, com os cuidadores primários a apresentarem valores médios superiores, indicativos de que este grupo sente uma maior sobrecarga ($t=34,359$; $p=0,000$) e uma maior clausura ($t=12,675$; $p=0,000$).

Tabela 14. Sobrecarga e clausura do papel

Factores de <i>stress</i> primários subjectivos	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Sobrecarga	90	3,01	0,08	90	2,62	0,07	34,805	0,000
Clausura do papel	90	2,46	0,16	90	1,97	0,33	12,675	0,000

6.2.3. Factores de *stress* secundários: tensões de papel

Entre os factores de *stress* secundários – tensões de papel – foram analisados o conflito profissional e as dificuldades económicas.

O primeiro domínio foi avaliado por recurso a uma questão com cinco itens, onde o cuidador que exerce profissão, tem de assinar para cada uma das afirmações, através de uma escala com as seguintes opções de resposta: 1 (discordo fortemente); 2 (discordo); 3 (concordo); 4 (concordo fortemente). Valores mais elevados predizem uma maior tensão. Os resultados indicam que não ocorrem diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras. O conflito profissional não parece exercer um impacto muito negativo nos cuidadores, uma vez que os valores médios encontrados se situam mais próximo do valor 2. No entanto, de ressaltar que os resultados poderão ter sido afectados pelo número muito reduzido de cuidadores primários que aliam a prestação de cuidados com uma actividade profissional.

Tabela 15. Tensões de papel: Conflito profissional

Tensões de Papel	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Conflito profissional	19	2,23	0,57	61	2,42	0,52	1,359	0,177

Relativamente às dificuldades económicas, foram incluídos dois itens: despesas mensais e rendimento actual.

No primeiro, é solicitado ao cuidador que compare as despesas actuais com as anteriores à prestação de cuidados. Os indivíduos têm de escolher uma de cinco opções: muito menores agora (5), relativamente menores agora (4), mais ou menos a mesma coisa (3), relativamente maiores agora (2) ou muito maiores agora (1). Da leitura da tabela 16, constata-se, para este item, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras. Os cuidadores primários apresentam valores médios inferiores (2,14), o que indica que as suas despesas actuais são superiores.

Na questão referente ao rendimento actual, o cuidador tem de indicar se, relativamente à condição do rendimento no fim do mês, sobra algum dinheiro (1), é mesmo à justa (2) ou não chega (3). Uma vez mais detectam-se diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras, sendo que os cuidadores primários consideram em maior medida que o seu rendimento mensal é insuficiente.

Tabela 16. Tensões de papel: Despesas mensais e rendimento actual

Tensões de papel	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Despesas mensais	90	2,14	0,63	90	2,44	0,64	- 3,169	0,002
Rendimento actual	90	2,87	1,291	90	2,50	0,915	2,198	0,029

6.2.4. Factores de stress secundários: tensões intrapsíquicas

No que concerne às tensões intrapsíquicas foram analisadas duas dimensões: o sentido de competência e o enriquecimento pessoal. Para cada uma delas, o sujeito foi solicitado a indicar até que ponto cada uma das afirmações o descreve, através de uma escala tipo Likert subdividida em: nada (1), pouco (2), alguma coisa (3) ou muito (4). Quanto mais elevados os valores, maior o sentido de competência e de enriquecimento pessoal.

Da leitura da tabela 17, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras no que refere ao sentido de competência. Os valores médios indicam que os cuidadores primários tendem a apresentar um maior sentido de competência, o que revela que aprenderam a lidar melhor com situações difíceis e que se sentem eficazes no desempenho do seu papel.

Tabela 17. Tensões intrapsíquicas: Sentido de competência

Tensões intrapsíquicas	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p< 0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Sentido de competência	90	3,51	0,04	90	3,30	0,00	48,857	0,000

Em relação ao enriquecimento pessoal, a tabela 18 aponta para diferenças significativas entre os dois grupos de cuidadores. Os valores médios encontrados para a sub-amostra de

cuidadores primários, revelam que para estes, o cuidar de uma pessoa idosa dependente constitui uma maior oportunidade de crescimento pessoal.

Tabela 18. Tensões intrapsíquicas: Enriquecimento pessoal

Tensões intrapsíquicas	Cuidador Primário			Cuidador Secundário			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Enriquecimento pessoal	90	3,44	0,03	90	3,29	0,05	24,407	0,000

6.3. Análise comparativa das estratégias de *coping*

Atendendo à tabela 19, e fazendo uma análise por sub-escala, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras, no que respeita ao grupo de estratégias que visam lidar com os significados. Os valores médios são inferiores para os cuidadores primários, o que sugere que estes elementos tendem a considerar as estratégias focadas na emoção mais eficazes. Quanto à sub-escala lidar com os acontecimentos, as médias das sub-amostras situam-se muito próximas do valor 2, revelando que ambos os cuidadores recorrem a este tipo de estratégias e que as consideram relativamente válidas no enfrentamento das dificuldades. Finalmente, para a sub-escala lidar com as consequências, observa-se que quer os cuidadores primários, como os secundários empregam este tipo de estratégias, contudo os reduzidos valores encontrados para as médias sugerem que não as consideram muito eficazes. Da análise da escala global, verifica-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras. Tendo em conta os valores médios encontrados, muito próximos do valor 2, é possível admitir que ambos os grupos de cuidadores tendem a utilizar as estratégias de *coping* mencionadas no CAMI.

Tabela 19. CAMI global e sub-escalas: Estratégias de *coping* utilizados pelos cuidadores informais

CAMI	Cuidadores informais primários			Cuidadores informais secundários			t	p<0,05
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Lidar com os acontecimentos	90	2,12	0,23	90	2,15	0,26	0,819	0,413
Lidar com os significados	90	2,16	0,52	90	2,36	0,57	-2,459	0,015
Lidar com as consequências	90	2,79	0,95	90	2,79	0,80	0,076	0,993
CAMI Global	90	2,29	0,63	90	2,38	0,59	0,989	0,323

Lidar com os acontecimentos

Efectuando uma análise da frequência de respostas por sub-escala, verifica-se que na categoria lidar com os acontecimentos, todas as estratégias são utilizadas e consideradas úteis por mais de metade das sub-amostras. Entre as mais empregues e eficazes destacam-se as estratégias correspondentes aos itens 23 (“tomar medidas para evitar que os problemas surjam”) e

29 (“confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido”) entre os cuidadores primários, e 18 (“pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução”) e 23 entre os cuidadores secundários. “Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível” (item 14) é o método menos utilizado e menos eficaz na sub-amostra de cuidadores primários, e “ser firme com a pessoa e fazer-lhe ver o que espero dela” (item 33) é a estratégia menos comum entre os cuidadores secundários. Destaca-se que as sub-amostras apresentam distribuições diferentes para algumas das estratégias compreendidas nesta sub-escala. Entre estas encontram-se as presentes nos itens: 33 (“ser firme com a pessoa e fazer-lhe ver o que espero dela”), com 82,2% dos cuidadores primários a referir utilizar este mecanismo e a considerar ter alguma ou bastante eficácia, mas 46,7% dos cuidadores secundários a não utilizar ou não beneficiar desta estratégia; 17 (“obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais”), utilizada e percebida como eficaz para 88,9% dos cuidadores primários, mas para 30,0% dos cuidadores secundários a não ter utilidade; 14 (“manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível”), com 33,3% dos cuidadores primários a não empregar a estratégia ou a não senti-la útil na resolução dos problemas, porém com 84,3% dos cuidadores secundários a usar este método e a considerar ter algum ou bom resultado; 5 (“planear com antecedência e assim estar preparado para o que possa acontecer”), onde se evidencia uma tendência semelhante entre as sub-amostras, com a estratégia a ser utilizada e perspectivada como útil para 92,2% dos cuidadores secundários e para 78,6% dos cuidadores primários e finalmente a estratégia 15 (“Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível”), com cerca de 80% dos cuidadores primários e 65,6% dos cuidadores secundários a considerar este método eficaz.

Lidar com os significados

Relativamente à sub-escala lidar com os significados (tabela 21), os dados indicam que a maioria dos participantes utiliza e considera úteis doze das quinze estratégias inseridas neste grupo. Constata-se que “acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação” (item 25), “manter dominados os meus sentimentos e emoções” (item 27); “viver um dia de cada vez” (item 12); “aceitar a situação tal como ela é” (item 20); “agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas” (item 24) e “esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento” (item 26) aparecem como as estratégias de *coping* mais utilizadas e consideradas mais eficazes por mais de 90% dos cuidadores primários. Já nos cuidadores secundários as estratégias perspectivadas como eficazes por mais de 90% da sub-amostra foram as correspondentes aos itens 25, 12, 20, e 32 (“procurar ver o que há de positivo em cada situação”). “Ver o lado cómico da situação” (item 6) e “fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe” (item 22) são os mecanismos menos empreendidos por ambas as sub-amostras. Verifica-se que as sub-amostras apresentam distribuições diferentes para muitas das estratégias focadas na emoção, sendo que os valores mais distintos podem ser encontrados para os itens 8 (“cerrar os dentes e continuar”), 22 (“fazer como se o problema não existisse e esperar que ele

passar”), 24 (“agarrar-me a fortes crenças pessoais e religiosas”), 26 (“Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento”), 27 (“manter dominados os meus sentimentos e emoções”) e 34 (“pensar que ninguém tem culpa da situação”). Os cuidadores primários tendem a utilizar, em maior número, as estratégias mencionadas e a percepcioná-las como mais eficazes do que os cuidadores secundários.

Tabela 20. CAMI sub-escala: Lidar com os acontecimentos

	Cuidadores informais primários					Cuidadores informais secundários				
	4	3	2	1	Total	4	3	2	1	Total
1 ¹	24 (27,0%)	2 (2,2%)	48 (53,9%)	15 (16,9%)	89* (99,4%)	24 (27,0%)	0 (0,0%)	52 (58,4%)	13 (14,6%)	89* (99,4%)
3 ²	24 (26,7%)	3 (3,3%)	34 (37,8%)	29 (32,2%)	90 (100%)	24 (26,7%)	4 (4,4%)	33 (36,7%)	29 (32,2%)	90 (100%)
5 ³	15 (16,9%)	4 (4,5%)	56 (62,9%)	14 (15,7%)	89* (99,4%)	7 (7,8%)	0 (0,0%)	65 (72,2%)	18 (20,0%)	90 (100%)
10 ⁴	22 (24,4%)	9 (10,0%)	40 (44,4%)	19 (21,1%)	90 (100%)	21 (23,3%)	4 (4,4%)	44 (48,9%)	21 (23,3%)	90 (100%)
13 ⁵	26 (28,9%)	3 (3,3%)	33 (36,7%)	28 (31,1%)	90 (100%)	18 (20,2%)	4 (4,5%)	24 (27,0%)	43 (48,3%)	89* (99,4%)
14 ⁶	26 (28,9%)	6 (6,7%)	34 (37,8%)	24 (26,7%)	90 (100%)	15 (16,7%)	1 (1,1%)	41 (45,6%)	33 (36,7%)	90 (100%)
15 ⁷	19 (21,1%)	0 (0,0%)	50 (55,6%)	21 (23,3%)	90 (100%)	27 (30,0%)	4 (4,4%)	35 (38,9%)	24 (26,7%)	90 (100%)
17 ⁸	5 (5,6%)	5 (5,6%)	33 (36,7%)	47 (52,2%)	90 (100%)	19 (21,1%)	10 (11,1%)	34 (37,8%)	27 (30,0%)	90 (100%)
18 ⁹	3 (3,3%)	2 (2,2%)	58 (64,4%)	27 (30,0%)	90 (100%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	59 (66,3%)	26 (29,2%)	89* (99,4%)
23 ¹⁰	3 (3,4%)	1 (1,1%)	73 (82,0%)	12 (13,5%)	89* (99,4%)	13 (14,6%)	2 (2,2%)	59 (66,3%)	15 (16,9%)	89* (99,4%)
29 ¹¹	1 (1,1%)	0 (0,0%)	72 (80,9%)	16 (18,0%)	89* (99,4%)	4 (4,4%)	0 (0,0%)	74 (82,2%)	12 (13,3%)	90 (100%)
30 ¹²	13 (14,4%)	2 (2,2%)	67 (74,4%)	8 (8,9%)	90 (100%)	12 (13,3%)	9 (10,0%)	64 (71,1%)	5 (5,6%)	90 (100%)
31 ¹³	11 (12,2%)	1 (1,1%)	64 (71,1%)	14 (15,6%)	90 (100%)	5 (5,6%)	0 (0,0%)	63 (70,0%)	22 (24,4%)	90 (100%)
33 ¹⁴	10 (11,1%)	6 (6,7%)	63 (70,0%)	11 (12,2%)	90 (100%)	35 (38,9%)	7 (7,8%)	37 (41,1%)	11 (12,2%)	90 (100%)

*valores omissos = 1 (0,6%)

¹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 2,303$; $p = 0,512$

² As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 0,153$; $p = 0,984$

³ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 8,073$; $p = 0,045$

⁴ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 2,237$; $p = 0,525$

⁵ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 6,182$; $p = 0,103$

⁶ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 8,597$; $p = 0,035$

⁷ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 8,238$; $p = 0,041$

⁸ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 15,254$; $p = 0,002$

⁹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 0,222$; $p = 0,974$

¹⁰ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 8,402$; $p = 0,038$

¹¹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(2) = 2,393$; $p = 0,302$

¹² As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 5,256$; $p = 0,154$

¹³ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3) = 5,036$; $p = 0,169$

¹⁴ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes; $\chi^2(3) = 20,726$; $p = 0,000$

Lidar com as consequências

Atendendo às estratégias inseridas nas categoria lidar com as consequências (tabela 23), constata-se que “reservar algum tempo livre para mim próprio” (item 4) e “dedicar-me a coisas que

me interessam, para além de cuidar da pessoa” (item 38), são os métodos mais utilizados e considerados como mais úteis pelos cuidadores primários e secundários.

Tabela 21. CAMI sub-escala: Lidar com os significados

	Cuidadores informais primários					Cuidadores informais secundários				
	4	3	2	1	Total	4	3	2	1	Total
6 ¹	53 (59,6%)	11 (12,4%)	21 (23,6%)	4 (4,5%)	89* (99,4%)	65 (72,2%)	3 (3,3%)	16 (17,8%)	6 (6,7%)	90 (100%)
7 ²	9 (10,0%)	7 (7,8%)	53 (58,9%)	21 (23,3%)	90 (100%)	18 (20,0%)	7 (7,8%)	53 (58,9%)	12 (13,3%)	90 (100%)
8 ³	7 (7,8%)	14 (15,6%)	41 (45,6%)	28 (31,1%)	90 (100%)	32 (35,6%)	14 (15,6%)	28 (31,1%)	16 (17,8%)	90 (100%)
9 ⁴	18 (20,2%)	8 (9,0%)	41 (46,1%)	22 (24,7%)	89* (99,4%)	10 (11,1%)	1 (1,1%)	44 (48,9%)	35 (38,9%)	90 (100%)
11 ⁵	8 (8,9%)	8 (8,9%)	53 (58,9%)	21 (23,3%)	90 (100%)	12 (13,3%)	4 (4,4%)	46 (51,1%)	28 (31,1%)	90 (100%)
12 ⁶	3 (3,3%)	0 (0,0%)	44 (48,9%)	43 (47,8%)	90 (100%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)	62 (68,9%)	26 (28,9%)	90 (100%)
16 ⁷	37 (41,1%)	16 (17,8%)	29 (32,2%)	8 (8,9%)	90 (100%)	37 (41,1%)	7 (7,8%)	34 (37,8%)	12 (13,3%)	90 (100%)
20 ⁸	2 (2,2%)	1 (1,1%)	53 (58,9%)	34 (37,8%)	90 (100%)	6 (6,7%)	0 (0,0%)	57 (63,3%)	27 (30,0%)	90 (100%)
22 ⁹	46 (51,1%)	15 (16,7%)	25 (27,8%)	4 (4,4%)	90 (100%)	64 (71,1%)	20 (22,2%)	6 (6,7%)	0 (0,0%)	90 (100%)
24 ¹⁰	5 (5,6%)	1 (1,1%)	36 (40,4%)	47 (52,8%)	89* (99,4%)	25 (28,1%)	2 (2,2%)	39 (43,8%)	23 (25,8%)	89* (99,4%)
25 ¹¹	1 (1,1%)	0 (0,0%)	73 (82,0%)	15 (16,9%)	89* (99,4%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	68 (75,6%)	21 (23,3%)	90 (100%)
26 ¹²	5 (5,6%)	3 (3,3%)	68 (75,6%)	14 (15,6%)	90 (100%)	12 (13,3%)	9 (10,0%)	66 (73,3%)	3 (3,3%)	90 (100%)
27 ¹³	2 (2,2%)	0 (0,0%)	75 (83,3%)	13 (14,4%)	90 (100%)	22 (24,4%)	5 (5,6%)	58 (64,4%)	5 (5,6%)	90 (100%)
32 ¹⁴	11 (12,4%)	4 (4,4%)	60 (67,4%)	14 (15,7%)	89* (99,4%)	7 (7,8%)	2 (2,2%)	66 (73,3%)	15 (16,7%)	90 (100%)
34 ¹⁵	5 (5,6%)	6 (6,7%)	62 (68,9%)	17 (18,9%)	90 (100%)	21 (23,3%)	7 (7,8%)	45 (50,0%)	17 (18,9%)	90 (100%)

*valores omissos =1 (0,6%)

¹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 6,862$; $p=0,076$

² As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 5,455$; $p=0,141$

³ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 21,748$; $p=0,000$

⁴ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 10,796$; $p=0,013$

⁵ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 3,628$; $p=0,305$

⁶ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 12,245$; $p=0,007$

⁷ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 4,719$; $p=0,194$

⁸ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 3,949$; $p=0,267$

⁹ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 19,305$; $p=0,000$

¹⁰ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 22,015$; $p=0,000$

¹¹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(2)= 3,172$; $p=0,366$

¹² As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 13,030$; $p=0,005$

¹³ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 27,395$; $p=0,000$

¹⁴ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 1,870$; $p=0,600$

¹⁵ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)=12,624$; $p=0,006$

Já as estratégias “usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras” (item 37) e “tentar animar-me, comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género” (item 28) não são utilizadas por mais de 85% dos elementos das duas sub-amostras. Destaca-se a existência de distribuições diferentes entre os grupos de cuidadores para os itens 21 (“arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante”, 28 (“tentar animar-me comendo,

bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género”) e 35 (“descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico”). A estratégia relativa ao item 21 foi referida como bastante eficaz por 47,8% dos cuidadores primários, tendo sido assim classificada por apenas 21,1% dos cuidadores secundários. Já os itens 28 e 35 corresponderam a estratégias pouco utilizadas pelas duas sub-amostras, no entanto são menos comuns entre os cuidadores primários.

Tabela 22. CAMI sub-escala: Lidar com as consequências

	Cuidadores informais primários					Cuidadores informais secundários				
	4	3	2	1	Total	4	3	2	1	Total
2 ¹	53 (58,9%)	6 (6,7%)	25 (27,8%)	6 (6,7%)	90 (100%)	63 (70,0%)	3 (3,3%)	15 (16,7%)	9 (10,0%)	90 (100%)
4 ²	6 (6,7%)	4 (4,5%)	44 (49,4%)	35 (39,3%)	89* (99,4%)	9 (10,1%)	0 (0,0%)	45 (50,6%)	35 (39,3%)	89* (99,4%)
19 ³	16 (17,8%)	5 (5,6%)	30 (33,3%)	39 (43,3%)	90 (100%)	32 (35,6%)	4 (4,4%)	24 (26,7%)	30 (33,3%)	90 (100%)
21 ⁴	7 (7,8%)	6 (6,7%)	34 (37,8%)	43 (47,8%)	90 (100%)	17 (18,9%)	6 (6,7%)	48 (53,3%)	19 (21,1%)	90 (100%)
28 ⁵	82 (91,1%)	1 (1,1%)	4 (4,4%)	3 (3,3%)	90 (100%)	63 (70,0%)	20 (22,2%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)	90 (100%)
35 ⁶	61 (68,5%)	1 (1,1%)	12 (13,5%)	15 (16,9%)	89* (99,4%)	41 (45,6%)	1 (1,1%)	33 (36,7%)	15 (16,7%)	90 (100%)
36 ⁷	81 (90,0%)	2 (2,2%)	3 (3,3%)	4 (4,4%)	90 (100%)	75 (83,3%)	1 (1,1%)	10 (11,1%)	4 (4,4%)	90 (100%)
37 ⁸	85 (94,4%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)	3 (3,3%)	90 (100%)	78 (86,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	10 (11,1%)	90 (100%)
38 ⁹	8 (8,9%)	4 (4,4%)	36 (40,0%)	42 (46,7%)	90 (100%)	6 (6,7%)	3 (3,3%)	35 (38,9%)	46 (51,1%)	90 (100%)

*valores omissos =1 (0,6%)

¹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 4,962$; $p=0,175$

² As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 4,611$; $p=0,203$

³ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 7,285$; $p=0,063$

⁴ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 15,847$; $p=0,001$

⁵ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 21,080$ $p=0,000$

⁶ As sub-amostras apresentam distribuições diferentes $\chi^2(3)= 13,716$; $p=0,003$

⁷ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 4,333$; $p=0,228$

⁸ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 5,403$; $p=0,145$

⁹ As sub-amostras apresentam distribuições idênticas; $\chi^2(3)= 0,624$; $p=0,891$

6.4. Análise de correlações entre estratégias de coping e factores de stress

Passa-se a analisar as relações existentes entre os *stressores* e as sub-escalas do CAMI. Optou-se por apenas incluir na análise os *stressores* primários subjectivos (sobrecarga e clausura do papel) e os *stressores* secundários – tensões intrapsíquicas (sentido de competência e enriquecimento pessoal). Entre as razões que estiveram subjacentes a esta opção, destacam-se: i) o facto de terem sido nestas variáveis onde se verificaram as diferenças estatisticamente mais relevantes entre as sub-amostras e ii) tal como evidenciado pela literatura (Aneshensel *et al.*, 1995), mais do que as condições físicas e psicológicas da pessoa que recebe os cuidados (sobrecarga objectiva) são as percepções que o cuidador tem das exigências externas e do seu papel que contribuem para o seu bem-estar.

Observando a tabela 23, constata-se que as correlações que se revelaram significativas, oscilam entre -0,371 e 0,227.

Os resultados permitem constatar a existência de correlações significativas entre a sub-escala lidar com os acontecimentos e os *stressores* secundários (tensões intrapsíquicas), mas apenas entre os cuidadores secundários. Verifica-se que o sentido de competência e o sentimento de enriquecimento pessoal correlacionam-se significativa e negativamente com este grupo de estratégias ($r = -0.331$; $p < 0.01$ e $r = -0.333$; $p < 0.01$, respectivamente), ou seja, a percepção pelos cuidadores secundários da eficácia das estratégias focadas nos problemas é menor, quando o sentido de competência e de enriquecimento pessoal são maiores.

No que refere à sub-escala lidar com os significados, e observando os resultados obtidos para os cuidadores primários, verifica-se que a mesma se correlaciona positivamente com a clausura do papel ($r = 0,227$; $p < 0,05$). Isto significa que, os cuidadores que perspectivam as estratégias centradas nas emoções como mais eficazes são aqueles que se sentem menos enclausurados no seu papel. Quanto aos cuidadores secundários, constata-se que a sobrecarga surge a correlacionar-se de forma positiva com este tipo de *coping*. Depreende-se que estas estratégias são consideradas mais eficazes pelos cuidadores que sentem menor sobrecarga.

Não foram detectadas correlações entre a sub-escala do CAMI, lidar com as consequências, e os *stressores* estudados.

Tabela 23. Correlações entre *stressores* e estratégias de *coping*

	Lidar com acontecimentos		Lidar com os significados		Lidar com consequências	
	Cuidadores primários	Cuidadores secundários	Cuidadores primários	Cuidadores secundários	Cuidadores primários	Cuidadores secundários
Factores stress	r		r		r	
Sobrecarga	----	----	----	0,223*	----	----
Clausura do papel	----	----	0,227*	----	----	----
Sentido compet.	----	-0,311**	----	----	----	----
Enriqueci. pessoal	----	-0,371**	----	----	----	----

a correlação é significativa para $p < 0,05$; ** a correlação é significativa para $p < 0,01$

7. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados estrutura-se de acordo com os dois grandes objectivos que orientaram este estudo. Pretende-se fazer uma análise dos dados considerados mais relevantes e que se espera poderem contribuir para a investigação em torno da prestação informal dos cuidados.

Contexto sócio-familiar, *stressores* e *coping*

O primeiro objectivo proposto consistiu em comparar dois grupos de cuidadores informais - primários e secundários - relativamente ao contexto sócio-familiar, à presença de *stressores* primários e secundários e ao modo como lidam com as dificuldades da prestação de cuidados.

Inicia-se com um breve comentário à descrição das características sócio-demográficas dos cuidadores. Confirma-se a clara predominância do género feminino na prestação de cuidados, situação já bem evidenciada em estudos anteriores (Brito, 2002; Figueiredo, 2007b; Gaugler *et al.*, 2003; Pereira, 2008; Martin, 2005; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989; Teunissen e Derix, 1997) e que está de acordo com a “divisão sexual de papéis”. Quanto às variáveis idade, habilitações literárias e situação profissional, os dados obtidos em tudo se assemelham aos encontrados por outros autores (Gaugler *et al.*, 2003; Pereira, 2008; Martin, 2005; Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989; Teunissen e Derix, 1997). Os cuidadores secundários são tendencialmente mais novos que os cuidadores primários, apresentam níveis de escolaridade superiores e mantêm, em maior número, uma actividade profissional.

Considerando o contexto sócio-familiar, verifica-se que compete ao cônjuge a principal responsabilidade pela prestação de cuidados. Cumpre-se o modelo de compensação hierárquica de Cantor's (1975, citado por Patsions e Davey, 2005) que vem sugerir uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador primário. Assim, a responsabilidade de cuidados recai primeiramente no companheiro/cônjuge, depois nos filhos, outros membros da família e finalmente nos amigos. O papel de cuidador secundário é desempenhado principalmente pelos filhos. Com efeito, quando o cuidador principal é cônjuge do receptor de cuidados, o filho terá uma maior probabilidade em assumir o papel de cuidador secundário (Wolff e Kasper, 2006). Destaca-se que são os elementos da família, particularmente no grupo dos cuidadores primários, que detêm a responsabilidade da prestação de cuidados, facto que vem reforçar a concepção de que, em Portugal, a família é a unidade básica de suporte a pessoas dependentes (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). O envolvimento de amigos e vizinhos é maior no papel de cuidadores secundários, corroborando os resultados obtidos por Tennstedt, McKinlay e Sullivan (1989).

Os resultados obtidos para a situação de coabitação são em tudo semelhantes aos alcançados por Brito (2002) e Pereira (2008). Assim, os cuidadores primários vivem frequentemente no mesmo domicílio que a pessoa idosa dependente (86,7%), situação menos usual entre os cuidadores secundários (46,7%). Atendendo a que é o cônjuge quem desempenha maioritariamente este papel, percebe-se a supremacia dos resultados.

Da análise à situação económica, destaca-se que os cuidadores secundários apresentam valores superiores quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, com mais de metade da sub-amostra (54,5%) a usufruir de rendimentos acima dos 750€. Apenas 31,5% dos cuidadores primários usufruem de valores semelhantes. Esta situação pode dever-se ao facto de muitos cuidadores primários se encontrarem reformados (33,3%). Por outro lado, as despesas médicas e medicamentosas inerentes à prestação de cuidados contribuem para um maior constrangimento financeiro do agregado. A escassez de rendimentos, fruto dos baixos valores das pensões de reforma, a par com os elevados custos que a prestação de cuidados implica, pode justificar as dificuldades financeiras verificadas para os cuidadores primários.

São os cuidadores secundários que tendem a avaliar de forma mais positiva a sua saúde, resultados que se revelaram idênticos aos alcançados por Pereira (2008). A média de idades

encontrada para os cuidadores primários, 62 anos (DP=13,31), é indicativa de que muitos destes indivíduos são já idosos, e que, devido ao processo de envelhecimento biológico normal e universal, poderão certamente apresentar algumas dificuldades físicas susceptíveis de afectar a sua percepção de saúde. Com efeito, segundo dados do “Inquérito Nacional de Saúde” de 2005/2006, que abrangeu cerca de 41.193 indivíduos, ocorre um agravamento progressivo das condições e queixas de saúde dos portugueses com o avançar da idade (INE, 2007). O mesmo inquérito informa ainda que as variáveis estatuto sócio-económico e educação podem ser factores determinantes na explicação destes resultados. Assim, os indivíduos em maior desvantagem sócio-económica e educação tendem a apresentar uma percepção de saúde mais negativa. A hipótese levantada por Gaugler *et al.*, (2003) de que a avaliação subjectiva da saúde é semelhante entre os dois grupos de cuidadores informais não se confirma, possivelmente porque a média de idades dos cuidadores secundários entrevistados pelos autores (M=56,74) foi significativamente superior à encontrada no presente estudo (M= 45,23).

Constataram-se diferenças significativas entre as sub-amostras relativamente à duração e horas semanais dedicadas à prestação de cuidados. Os cuidadores primários encontram-se há mais tempo a prestar apoio, sendo que este se tende a prolongar por mais de 5 anos e concedem, na sua maioria, cuidados permanentes à pessoa idosa. Já os cuidadores secundários prestam normalmente apoio entre 3 a 5 anos e dedicam entre 9 a 20 horas semanais a esta actividade. O grau de parentesco, a situação de coabitação e a situação profissional são factores preponderantes na justificação desta variabilidade, pois ajudam a compreender a menor disponibilidade do cuidador secundário para a prestação de cuidados.

No que se refere ao tipo de apoio prestado, confirma-se que os cuidadores secundários tendem a apoiar em áreas onde o cuidador primário e a pessoa idosa mais necessitam de ajuda (Gaugler *et al.*, 2003). Estes cuidadores parecem oferecer diferentes tipos de apoio, com maior preeminência em tarefas como apoio emocional (78,9%) supervisão regular (74,4%) e cuidados pessoais (74,4%). Devido possivelmente a dificuldades em conciliar a actividade profissional com a prestação de cuidados e à exigência imposta pelas actividades anteriores, os cuidadores secundários estão menos disponíveis para apoiar em tarefas como passear/actividades de lazer.

De acordo com resultados obtidos com a *Caregiver Stress Scale* e relativamente aos stressores primários objectivos, constatou-se que a percepção de dependência da pessoa idosa nas ABVD foi elevada em ambas as sub-amostras tendo sido, no entanto, superior nos cuidadores secundários. Com efeito, as pessoas idosas incluídas na amostra apresentam idades avançadas (média de 81,9 anos) e padecem de um elevado grau de dependência, observando-se, com o Índice de Barthel, 90,6% de dependências severas ou totais. O facto de os cuidadores secundários não terem um contacto tão frequente e intenso com o receptor de cuidados, poderá criar uma percepção mais negativa e possivelmente mais afastada da real dependência da pessoa idosa.

No que toca aos *stressores* primários subjectivos, os resultados revelam diferenças significativas entre as sub-amostras para a sobrecarga, sendo que esta é mais elevada nos cuidadores primários. Estes dados corroboram os encontrados por Gaugler *et al.* (2003) e Orel e Dupuis (2002), que sublinham que o sentimento de sobrecarga do papel está relacionado com a intensidade e duração do apoio. Também a nível da clausura do papel as diferenças emergiram, com os cuidadores primários a apresentar os resultados mais elevados, ou seja, sentem-se mais “enclausurados” no seu papel de cuidadores informais. Neste sentido é importante mencionar que a pessoa que se torna cuidadora principal, raramente se encontra numa situação de livre escolha (Jani-Le Bris, 1994). A responsabilidade dos cuidados não é uma opção já que, geralmente, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas “resvala” nessa direcção (*slipping into it*), enquanto outros se afastam dela (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Além disso, o cuidador poderá sentir-se ainda mais “enclausurado” no seu papel devido à pressão social, bem evidente em Portugal, de que cabe à família assumir a responsabilidade pelos cuidados.

Quanto às dificuldades financeiras, verificaram-se divergências estatisticamente significativas entre os dois grupos de cuidadores nas dimensões consideradas – despesas mensais e condição do rendimento no final do mês. Os cuidadores primários consideram que houve um aumento nas suas despesas mensais desde que assumiram a responsabilidade do cuidar e sentem que o rendimento no final do mês é insuficiente. Aliado às despesas que advêm directamente da prestação de cuidados (transporte, medicação, alimentação, entre outros) está o facto de grande parte dos elementos desta sub-amostra se encontrar na situação de aposentados. Já na caracterização sócio-demográfica se havia verificado que os cuidadores secundários apresentam rendimentos superiores.

Apesar de sentirem uma maior sobrecarga e clausura do papel, são os cuidadores primários que também se sentem mais competentes e perspectivam na experiência de cuidar uma maior oportunidade de crescimento pessoal. Baltes (1993, citado por Fonseca, 2006) propõe que a experiência adquirida com o tempo aparece associada a um aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências pessoais. Depreende-se que, à medida que os cuidadores primários progridem ao longo da sua história de cuidados, vão ganhando graus de mestria e competência que se edificam com a aquisição de novos comportamentos, mais auto-confiança e maior consciência da sua força interior.

Fazendo uma análise global aos resultados obtidos com o CAMI, constata-se que a maioria dos participantes utiliza e considera úteis as diversas estratégias relacionadas com acções que visam lidar com os acontecimentos, bem como as que se baseiam em percepções alternativas sobre as situações. Já o grupo de estratégias que visa lidar com as consequências é menos utilizado. Estes resultados têm sido sustentados por investigações anteriores (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Nolan, Grant e Keady, 1996, 1998).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as sub-amostras no que respeita ao grupo de estratégias que visam lidar com os significados, com os cuidadores primários

a considerar este tipo de mecanismo mais eficaz ($t=-2,459$; $p=0,015$). Num estudo de Blanchard-Fields, Jahnke e Camp (1995, citado por Papalia *et al.*, 2002), verificou-se que em situações em que as pessoas têm de cuidar de um familiar idoso dependente, os adultos mais velhos tendem a empregar mais estratégias centradas nas emoções do que os mais adultos mais novos. Labouvie-Vief (1998, citado por Blanchard-Fields, Stein e Watson, 2004) sugere que nos adultos mais velhos, atendendo à redução dos recursos físicos e energéticos, ocorre um maior esforço para manter um equilíbrio positivo em emoções (reduzir efeitos negativos e manter efeitos positivos). Por outro lado, a experiência e prática acumuladas associadas à idade cronológica (Baltes e Smith, 1990, citado por Marchand, 2001), podem dotar os cuidadores primários de maior sabedoria, permitindo-lhes um elevado conhecimento de estratégias e heurísticas referentes à gestão e à interpretação de acontecimentos, um sentido de confiança mais dinâmico e resistente e uma maior capacidade de aceitação das contrariedades.

As restantes diferenças significativas foram encontradas para as estratégias incluídas dentro de cada sub-escala. Assim, atendendo à sub-escala lidar com os acontecimentos, verificou-se que a maioria dos participantes utiliza as estratégias consideradas e tende a perspectivá-las como eficazes. Os mecanismos mais empregues e considerados como mais úteis pela totalidade dos participantes, foram os seguintes:

- Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido (96,75%);
- Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução (92,95%);
- Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes (90,55%);
- Tomar medidas para evitar que os problemas surjam (89,35%);
- Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer (85,4%);

A estratégia mais utilizada e mais eficaz consiste em “confiar na minha experiência e na competência que tenho adquirido”. Confirma-se que, com o decorrer do processo de cuidar, os cuidadores informais vão tornando-se cada vez mais competentes, desenvolvem rotinas e tentam diferentes estratégias com o objectivo de aliviar a possível sobrecarga e encontrar gratificações no desempenho do seu papel (Nolan, Grant & Keady, 1996). A combinação das estratégias “pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução”, “estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes”, “tomar medidas para evitar que os problemas surjam” e “planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer” denota que os cuidadores tendem a ser proactivos, estabelecem prioridades, planeiam e procuram de forma activa soluções para os seus problemas.

Foram detectadas divergências significativas entre as sub-amostras para as seguintes estratégias focadas no problema: “obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais”; “ser firme com a pessoa e fazer-lhe ver o que espero dela”; “manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível”; “planear com antecedência e assim estar preparado para

o que possa acontecer” e “modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível”.

“Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais” foi referida como uma estratégia empregue e eficaz por 88,9% dos cuidadores primários, mas com 30,0% dos cuidadores secundários a não utilizar ou não beneficiar desta estratégia. Ressalvando que a amostra foi obtida mediante o contacto com instituições sociais e que a maioria dos participantes usufrui de apoio formal, estes resultados parecem indicar que os principais agentes de cuidados se socorrem dos recursos existentes na comunidade e que os consideram úteis. Já a pequena procura de serviços formais pelos cuidadores secundários pode dever-se ao facto destes beneficiarem primeiramente da presença do cuidador primário. Também no estudo de Nolan, Grant e Keady (1996) a utilização de serviços de apoio foi referida como uma das estratégias mais úteis, empregue por 83,3% da amostra de cuidadores.

Foram também os cuidadores primários que referiram utilizar e avaliar como mais úteis as estratégias “planear com antecedência e assim estar preparado para o que possa acontecer” e “modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível”. Facilmente se depreende que, o facto de partilhar a casa com a pessoa idosa dependente implica muitas vezes que o cuidador principal reestruture a habitação, tornando-a mais acessível e segura. Provavelmente, é também este cuidador que devido à frequente situação de coabitação e maior duração da prestação de cuidados, fica mais desperto para as complicações que podem advir da condição da pessoa idosa e, como tal, recorre frequentemente a estratégias de resolução de problemas baseadas na sua experiência.

As diferenças encontradas para a estratégia “ser firme com a pessoa e fazer-lhe ver o que espero dela” podem ser um reflexo do tipo de relação estabelecida entre a pessoa que recebe os cuidados e o cuidador. Dada a intimidade que supostamente subjaz a uma relação conjugal, há mais probabilidade do cuidador primário (enquanto cônjuge) ter mais facilidade em aplicar este tipo de estratégia. Possivelmente, os cuidadores secundários – na sua maioria filhos do idoso dependente – têm mais dificuldade em adoptar este mecanismo, uma vez que com essa atitude poderia significar uma “inversão de papéis” que não deve caracterizar as relações familiares intergeracionais.

A estratégia “manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível” é mais valorizada entre os cuidadores secundários (82,3%). Se se tiver em consideração que os comportamentos de saúde se relacionam com o nível de escolaridade (Cutler e Lleras-Muney, 2008), compreende-se que os cuidadores primários estão em desvantagem face aos cuidadores secundários, que são mais novos e escolarizados. Estes poderão estar mais despertos para os benefícios da actividade física na saúde e bem-estar das pessoas.

Relativamente às estratégias de *coping* da sub-escala lidar com os significados, verifica-se que 12 dos 15 itens (80%) são perspectivados como úteis pelos cuidadores informais. As estratégias consideradas mais eficazes pelas sub-amostras foram:

- Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação (98,9%);

- Viver um dia de cada vez (97,25%);
- Aceitar a situação tal como ela é (95,0%);
- Procurar ver o que há de positivo em cada situação (86,55%);
- Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento (83,9%);
- Manter dominados os meus sentimentos e emoções (83,75%);
- Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está (82,2%).

Depreende-se que os cuidadores tendem a sentir-se competentes no seu papel, uma vez que a estratégia de maior eficácia foi “acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação”. Já na sub-escala anterior, “confiar na minha experiência e na competência que tenho adquirido” tinha-se revelado o mecanismo mais útil entre as sub-amostras. Assim sendo, conclui-se que os cuidadores informais tendem a considerar que possuem recursos adequados e disponíveis para corresponder às exigências com que se deparam na prestação de cuidados.

A aceitação e resignação evidentes nas estratégias “viver um dia de cada vez” e “aceitar a situação tal como ela é” são mecanismos frequentemente utilizados e considerados eficazes, tal como no estudo de Nolan, Grant e Keady (1996). Outra semelhança com o trabalho destes autores, diz respeito à utilização da estratégia “pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está”, referida como eficaz por 92% da amostra britânica. Também “procurar ver o que há de positivo em cada situação” foi uma das estratégias mais assinaladas como eficazes pelos participantes (86,55%) à semelhança dos estudos de Figueiredo (2007b) (75,8%) e de Nolan, Grant e Keady (1996) (74,0%).

Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos de cuidadores, para mais de metade das estratégias da sub-escala lidar com os significados, nomeadamente:

- Cerrar os dentes e continuar;
- Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido;
- Viver um dia de cada vez;
- Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe;
- Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas;
- Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento;
- Manter dominados os meus sentimentos e emoções;
- Pensar que ninguém tem culpa da situação.

“Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe” foi a estratégia menos referida entre os cuidadores secundários (6,7%) e a segunda menos referido pelos cuidadores primários (33,3%). O evitamento e fuga parecem não caracterizar o estilo de *coping* dos cuidadores informais que preferem enfrentar e lidar directamente com as circunstâncias, particularmente na sub-amostra dos cuidadores secundários.

As crenças pessoais e religiosas assumem-se como uma das estratégias mais valorizadas, particularmente entre os cuidadores primários (93,2%). Com efeito, Portugal é um país de tradições e costumes religiosos, sendo que as pessoas encontram na religião um refúgio que lhes

transmite paz interior, força e ânimo para ultrapassar as adversidades da vida. De acordo com estudos recentes, a religião/espiritualidade surge como um dos mecanismos de *coping* mais utilizados pelos cuidadores informais e parece afectar de forma positiva a auto-estima e bem-estar destes indivíduos (Krause, 1995, citado por Hébert, Weinstein, Martire e Schulz, 2006).

A estratégia “esquecer os problemas por momentos, deixando divagar os pensamentos” é utilizada e avaliada como eficaz pelas duas sub-amostras, sendo no entanto mais característica entre os cuidadores primários (91,2%). Possivelmente, o facto de apresentarem um contacto mais próximo com a pessoa idosa e tenderem a sentir-se mais sobrecarregados e enclausurados no seu papel, cria uma maior necessidade de se libertarem, nem que seja por instantes, das dificuldades e dos pensamentos negativos que vão surgindo.

Finalmente, no que toca às estratégias que visam lidar com as consequências, verifica-se que apenas 44,4% dos itens são consideradas úteis por mais de metade dos cuidadores:

- Reservar algum tempo livre para mim próprio (89,3%);
- Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa (88,35%);
- Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante (75,0%);
- Chorar um bocado (67, 8%).

Parece haver uma tendência para os cuidadores informais procurarem e dedicarem-se a interesses fora da prestação de cuidados. Os resultados vêm reforçar a ideia de que os cuidadores precisam de fazer pausas no desempenho do seu papel e sentir que mantêm uma vida para além da situação do cuidar.

Foram detectadas divergências significativas entre as sub-amostras para as estratégias “arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante”, “tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género” e “descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo exercício físico”.

No que respeita à primeira estratégia, trata-se de um método bastante utilizado por ambas as sub-amostras, mas mais comum entre os cuidadores primários (85,6%). O facto de sentirem mais sobrecarregados e enclausurados no seu papel poderá justificar a procura de distrações que permitam à pessoa abstrair-se das exigências da prestação de cuidados.

“Tentar animar-me, comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género” surge como um dos métodos menos utilizado e considerado menos eficaz na resolução dos problemas. De facto, 91,1% dos cuidadores primários e 70,0% dos cuidadores secundários não utiliza mesmo esta forma de lidar com a situação. No estudo de Nolan, Grant e Keady (1996) 42% dos cuidadores informais admitiu a utilidade desta estratégia. Uma vez mais, as diferenças nos resultados poderão dever-se a factores de índole sócio-cultural.

Estratégias que visem a realização de exercícios físicos tendem a ser pouco utilizadas pelos cuidadores. Questões de ordem cultural, Portugal era o país europeu que em 1997 apresentava prevalência mais alta de sedentarismo (87,8%) (Varo, Martínez-González, Irala-Estévez, Kearney,

Gibney e Martínez, 2003), associadas à falta de tempo e de oportunidade para a prática de exercício físico, podem justificar porque apenas 7,7% dos cuidadores primários recorrem a estes mecanismos.

Correlações entre estratégias de coping e stressores

Apesar de valores pouco expressivos, verificaram-se algumas correlações significativas entre as sub-escalas do CAMI e os *stressores* primários subjectivos e secundários (tensões intrapsíquicas).

Os resultados sugerem que os cuidadores secundários com sentimentos de competência e de enriquecimento pessoal elevados, consideram menos eficazes as estratégias da sub-escala lidar com os acontecimentos. Blanchard-Fields, Stein e Watson (2004) sugeriram no seu estudo, que os adultos mais novos possuem menos flexibilidade na utilização das estratégias focadas nos problemas. Possivelmente, os cuidadores que sentem que controlam o ambiente e que possuem aptidões para lidar com as dificuldades, podem estar mais aptos para utilizar estratégias focadas na emoção, que lhes permitem atribuir um novo significado às experiências de *stress*, criar pensamentos alternativos e alcançar emoções positivas.

A um maior sentimento de “enclausuramento”, por parte dos cuidadores primários, e de sobrecarga, por parte dos cuidadores secundários, está associada uma maior percepção de eficácia das estratégias focadas nos significados. Os resultados vão ao encontro da hipótese sugerida por Blanchard-Fields, Stein e Watson (2004) de que os indivíduos têm tendência para adoptar estratégias focadas na emoção quando se sentem grandemente afectados a nível emocional.

7.1. Implicações, limitações e perspectivas

Considera-se que os resultados obtidos podem apresentar grandes implicações em termos de intervenção.

Em primeiro lugar, verificou-se que os cuidadores informais primários tendem a sentir-se mais sobrecarregados e “enclausurados” no seu papel que os cuidadores secundários. Em Portugal, tal como nos países do sul da Europa, a prestação de cuidados ao idoso dependente está assente em profundos valores tradicionais que colocam a família como a principal responsável pelo cuidar. O apoio formal a esta população encontra-se ainda numa fase embrionária, de modo que ainda não existem serviços dirigidos especificamente para os cuidadores informais. Mesmo quando o apoio está disponível, a sua procura pelas pessoas é limitada (Brodsky, Thomson, Thompson e Fine, 2005). Tornou-se evidente no presente estudo que os cuidadores primários procuram e necessitam deste apoio formal, facto constatado pela percepção de eficácia da estratégia de *coping* “obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde

e dos serviços sociais”. A menos que sejam implementadas práticas e medidas centradas nos cuidadores, que permitam aos profissionais avaliar, compreender e responder eficazmente às suas necessidades, esses serviços, mesmo que restritos, continuarão a ser subutilizados e os cuidadores informais a ser indevidamente sobrecarregados. O desafio das políticas gerontológicas passa por desenvolver novos programas e serviços que sejam aceitáveis e adequados às necessidades aos cuidadores informais.

Procurar interesses fora da prestação de cuidados foi uma das estratégias de *coping* percebida como mais eficaz pela maioria dos cuidadores informais primários e secundários. Este resultado vem reforçar a necessidade de planejar intervenções que permitam aos cuidadores serem temporariamente dispensados das suas tarefas e responsabilidades e manterem uma vida para além da prestação de cuidados.

A prestação de cuidados constitui um encargo económico, particularmente para os cuidadores primários. A ajuda financeira impõe-se como uma medida essencial. Destaca-se, igualmente, que as respostas existentes junto desta população são maioritariamente destinadas a aliviar os factores de *stress* primários, sendo que seria importante o desenvolvimento de programas que acessem igualmente aos *stressores* secundários.

Os resultados sugerem que os dois grupos de cuidadores apresentam elevado sentido de competência e adoptam uma postura bastante proactiva no desempenho do seu papel, o que se verifica com a procura e utilização de um elevado número de estratégias que visam lidar directamente com os acontecimentos. Uma vez que os conhecimentos e competências dos cuidadores informais tendem a ser frequentemente desvalorizados pelos profissionais (Lundh *et al.*, 2003, citado por Figueiredo, 2007a), estes resultados apelam a um maior reconhecimento da experiência e contribuição desta população. Só assim, os cuidadores poderão fazer uso adequado dos recursos pessoais e sociais que lhe permitem o controlo das situações e a resolução dos problemas. É também este reconhecimento, que permitirá a criação de autênticas “parcerias” entre cuidadores informais e profissionais, representando um dos maiores desafios à melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente (Figueiredo, 2007a). O trabalho efectuado pelos prestadores informais deve ser reconhecido e os serviços devem encarar a sua participação como um recurso que deve ser fortalecido e não substituído ou subvertido (Aneshensel *et al.*, 1995). Além disso, tem sido continuamente demonstrado que as intervenções que têm por base uma perspectiva salutogénica – potenciando estratégias de *coping* e desenvolvendo competências para o cuidar – são mais susceptíveis de resultar em benefícios terapêuticos do que aquelas que se edificam em modelos patogénicos, que visam apenas a redução da sobrecarga (Tennstedt, 1999; Ramos, 2005).

Um resultado particularmente relevante diz respeito à fraqueza da relação entre os factores de *stress* e as estratégias de *coping* utilizadas, demonstrando consistência com investigações anteriores (Figueiredo, 2007b). A nível de intervenção, este resultado alude à importância de ajudar o cuidador a reconhecer as causas do seu *stress* e desenvolver estratégias de *coping* que

aperfeiçoem competências e comportamentos necessários à prestação de um cuidado de maior qualidade.

Destacam-se agora algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, a amostra foi constituída com a colaboração de instituições prestadoras de apoio a idosos, procedimento que poderá induzir enviesamento dos resultados, na medida em que se estudou os sujeitos que possivelmente carecem de mais apoio.

Uma segunda limitação está relacionada com a natureza do desenho de investigação. Desenvolveu-se um estudo transversal que não permite identificar o modo como os factores de *stress* evoluem ao longo do tempo nem o modo como os cuidadores lidam com o *stress* com o decorrer da prestação de cuidados. Apenas com pesquisas longitudinais seria possível conhecer profundamente a natureza e sentido das relações que se estabelecem entre os *stressores* e o *coping*. Esta perspectiva temporal deve ser incluída em trabalhos de investigações futuros.

Os instrumentos utilizados na recolha de dados são de auto-preenchimento. Reconhece-se que este tipo de metodologia apresenta algumas fragilidades, relacionadas com distorções na compreensão das questões e com o grau de dificuldade no preenchimento dos questionários. Dado que a maioria dos participantes indicou ter um nível de escolaridade muito baixo, o preenchimento dos instrumentos foi realizado principalmente em contexto de entrevista.

Visto que foram encontradas algumas divergências significativas entre os cuidadores primários e secundários no que refere a estratégias de *coping*, futuramente seria interessante relacionar cada sub-escala do CAMI com as características sócio-demográficas dos participantes, contexto da prestação de cuidados e características sócio-demográficas e funcionais do idoso. Poder-se-iam assim, justificar alguns dos resultados mais discordantes. Com o objectivo de fundamentar as diferenças encontradas entre as sub-amostras no que refere à utilização e percepção de eficácia das estratégias anteriores, impôs-se uma questão sobre a qual estudos futuros poderiam reflectir: Será que a sabedoria que acompanha a idade e a experiência (Baltes e Smith, 1990, citado por Marchand, 2001), pode estar relacionada com o recurso ao *coping* paliativo?

Além disso, seria enriquecedor conhecer também a perspectiva da pessoa idosa. O testemunho do receptor de cuidados pode oferecer uma visão mais abrangente das suas necessidades e das dos seus cuidadores e permitir o desenvolvimento de intervenções, mais adequadas e eficazes e assim assegurar a continuidade da prestação informal de cuidados.

8. Conclusões

O estudo pretendeu comparar cuidadores primários e secundários relativamente aos factores de *stress* e mecanismos de *coping* utilizados. Para além disso, foram estudadas as correlações entre os *stressores* e a eficácia do *coping*.

Confirma-se, para os dois grupos estudados, que a família continua a ser o principal apoio das pessoas idosas dependentes. São as esposas que tendem a assumir a responsabilidade da prestação de cuidados, enquanto que aos filhos compete principalmente o papel de cuidadores secundários.

Os valores mais elevados de sobrecarga e clausura do papel foram encontrados para os cuidadores primários, sendo que, são também estes que se tendem a sentir mais competentes e a expressar um maior enriquecimento pessoal.

Relativamente às estratégias de *coping*, os dois grupos de cuidadores utilizam e consideram úteis diversas estratégias relacionadas com acções que visam lidar com os acontecimentos. Ambos tendem a ser proactivos, pois procuram de forma activa soluções para os seus problemas, e competentes, uma vez que consideram dispor de recursos para lidar com as dificuldades. Estes resultados despertam para a importância de um maior reconhecimento da experiência e contribuição destas pessoas. Destaca-se um resultado: as sub-amostras diferem no que respeita a “obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais”. A grande procura dos serviços formais pelos cuidadores primários evidencia a necessidade de maior apoio profissional. A criação de parcerias entre estes dois agentes de cuidados emerge como o rumo a tomar na intervenção comunitária.

As estratégias focadas na emoção são mais eficazes para os cuidadores primários. Estudos anteriores concluíram que adultos mais velhos tendem a utilizar mais estratégias centradas nas emoções do que os mais adultos mais novos (Blanchard-Fields, Jahnke e Camp, 1995, citado por Papalia *et al.*, 2002). Futuramente, seria interessante analisar se a sabedoria, que se subentende acompanhar o avançar da idade, explica as diferenças encontradas entre as sub-amostras.

Lidar com as consequências do *stress* é o grupo de estratégias menos utilizado e considerado como menos eficaz por ambas as sub-amostras, porém, procurar interesses fora da prestação de cuidados e fazer pausas no desempenho do seu papel são métodos bastante úteis para a maioria dos cuidadores informais primários e secundários.

Finalmente, os dados indicam que as estratégias que visam lidar com os significados são percebidas como mais eficazes pelos cuidadores informais que se sentem mais afectados a nível emocional. Quando estão em causa situações avaliadas como sendo de difícil solução, este tipo de *coping* tende a ser o mais utilizado.

Tornou-se evidente que mais do que a sobrecarga objectiva, referente às condições físicas e psicológicas da pessoa que recebe os cuidados, é a nível da percepção emocional das exigências da prestação de cuidados (sobrecarga subjectiva) que os cuidadores informais mais valorizam o apoio.

Espera-se que o estudo possa ampliar o conhecimento em torno dos cuidadores secundários no sistema informal de cuidados e que os resultados obtidos orientem a actividade profissional, no sentido de ajudar estas pessoas a identificar as causas do seu *stress* e a desenvolver e otimizar estratégias de *coping* eficazes.

9. Bibliografia

- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S. & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R. & Watson, T. L. (2004). Age Differences in Emotion-Regulation Strategies in Handling Everyday Problems. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B(6): 261-269.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brodsky, H., Thomson, C., Thompson, C. & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 537-546.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2008). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. In press.
- Chappel, N.L. & Reid, C.R. (2002). Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist*, 42(6): 772-780.
- Cohen, C., Colantonio, A. & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (17): 184-188.
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M. & Livingston G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (23): 926-936.
- Cutler, D. & Lleras-Muney, A. (2008). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. University of Maryland: National Poverty Center.
Disponível em URL em: <http://www.npc.umich.edu/>.

- Donelan, K., Hill, C.A., Hoffman, C., Scoles, K., Feldman, P.H., Levine, C. & Gould, D. (2002). Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs*, 20(4): 222-231.
- Dupuis, S.L., Epp, T. & Smale, B. (2004). *Caregivers of Persons with Dementia: Roles, Experiences, Supports and Coping*. Ontario: University of Waterloo.
- Edwards, A.B. Zarit, S.H., Stephens, M.A. & Townsend, A. (2002). Employed family caregivers of cognitively impaired elderly: an examination of role strain and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 6(1): 55-61.
- Figueiredo, D. (2007a). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D. (2007b). *Prestação familiar de cuidados a idosos com e sem demência*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada à Universidade de Aveiro.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55: 745-774.
- Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gaugler, J.E., Mediondo, M., Smith, C.D. & Schmitt, F.A. (2003). Secondary dementia caregiving and its consequences. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5): 300-308.
- Gottlieb, B. H. & Rooney, J. A. (2004). Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 8(4): 364–373.
- Gottlieb, B.H. & Gignac, M. (1996). Content and domain specificity of coping among family caregivers of persons with dementia. *Journal of Aging Studies*, 10 (2):137-155.

- Grant, G., Ramcharan, P., McGrath, M., Nolan, M. & Keady, J. (1998). Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42: 58-71.
- Hébert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M. & Schulz, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. *Aging & Mental Health*, 10(497-520).
- Hébert, R. & Schulz, R. (2006). Caregiving at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. 9(5).
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2007). Inquérito Nacional de Saúde.
Disponível em URL em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=6449945&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social.
- Johnson, R. W. & Wiener, J.M. (2006). *A Profile of Frail Older Americans and Their Caregivers*. Washington: Urban Institute.
- Kane, R. A. & Penrod, J. D. (1995). Toward a caregiving policy for the aging family. In R. A. Kane & J. D. Penrod (Eds.), *Family Caregiving in an Aging Society. Policy Perspectives* (pp. 144-170). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kim, J. & Knight, B.G. (2008). Effects of Caregiver Status, Coping Styles, and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. *The Gerontologist*. 48(3): 287-299.
- Knussen, C., Tolson D., Brogan, Swan, C.A., Stott, D.J. & Sullivan, F. (2008). Family caregivers of older relatives: Ways of coping and change in distress. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3): 274-290.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paul & A.M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 203- 229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lecovich, E. (2008). Caregiving Burden, Community Services, and Quality of Life of Primary Caregivers of Frail Elderly Persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (3): 309-330.

- Lee, C. (1999). Health, Stress and Coping among Women Caregivers. *Journal of Health Psychology*, 4 (1): 27-40.
- Mahoney F.I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14:56-61.
- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martin, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paul & A.M., Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 179- 202). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martz, E. & Livneh, H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical aspects*. New York: Springer Publishing Company.
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding family care*. Buckingham: Open University Press.
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998). *Assessing the needs of family carers. A guide for practitioners*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Noonan, A.E., Tennstedt, S.L. & Rebelski, F.G. (1996). Making the best of it: Themes of meaning among informal caregivers to the elderly. *Journal of Aging Studies*, 10(4): 313-327.
- Olshevsky, J., Katz, A. & Knight, B. (1999). *Stress reduction for Caregivers*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Oyebode, J. (2003). Assessment of carers' psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9: 45-53.
- Orel, N.A., & Dupuy, P. (2002). Grandchildren as auxiliary caregivers for grandparents with cognitive and/or physical limitation: coping strategies and ramifications. *Child Study Journal*, 32 (4), 193-213
- Papalia, D., Sterns, H., Fieldman, R. & Camp, C. (2002). *Adult Development and Aging*. Boston: McGraw-Hill.

- Patsions, D. & Davey, A. (2005) In M.L., Johnson, V.L., Bengston, P.G, Coleman & B.L., Kirkwood (Eds.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 597- 604). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pearlin, L. (2002). *Some Conceptual Perspectives on the origins and prevention of social stress*. University of Maryland.
- Disponível em URL em: <http://www.mhsip.org/nimhdoc/lcombined.pdf>
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pereira, A. S. (2008). Cuidadores Familiares e Idosos Dependentes: Perfil, motivos e satisfação com a vida. Tese de Mestrado em Gerontologia apresentada à Universidade de Aveiro.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B (1): 33-45.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B (2): 126-137.
- Pot, A.M., Deeg, D.J.H. & Dyck, E. (2000). Psychological distress of caregivers: Moderator effects of caregiver resources? *Patient Education and Counseling*, 41: 235-240.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio: Prevenção do Stress no Trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos (2005). *Crescer em stress*. Porto: Âmbar.
- Robinson, K. & Austin, J.K. (1998). Wife Caregiver and Supportive Others' Perceptions of the Caregiver Health and Social Support. *Research in Nursing & Health*, 21: 51-57.
- Ruzafa, J.C. & Moreno, J.M. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71: 127-137.
- Schulz, R., Noelker, L.S., Rockwood, K. & Sprott, R.L. (2006). *The Encyclopedia of Aging*. Springer Publishing Company.
- Schulz, R. & Sherwood, P.R. (2008). Physical and mental health effects os family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(3).

- Solis, C.L., Arrioja, S.J. & Manzano, A.O. (2005) Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Nuevos Horizontes*, 4 (1-2): 81-85.
- Son, J., Erno, A., Shea, D.G., Fernia, E.E., Zarit, S.H. & Stephens, M.A. (2007). The Caregiver Stress Process and Health Outcomes. *Journal of Aging and Health*. 19(6): 871-887.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2004). *National Background Report for Portugal. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage – EUROFAMECARE*.
Disponível em URL em: <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare>
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira. M. (2004). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Lisboa: Âmbar.
- Stone, R., Cafferata, G.L. & Sangl, J. (1986). Caregivers of the frail elderly: a National Profile. *The Gerontologist*, 27 (5): 616-626.
- Tennstedt, S.L. (1999). Family Caregiving in an Aging Society. Presented at the *U. S. Administration Symposium: Longevity in the New American Century*, Baltimore, M.D.
- Tennstedt, S.L., McKinlay, J.B & Sullivan, L.M. (1989). Informal Care for frail elders: The role of secondary caregivers. *The Gerontological Society of America*, 29 (5), 667-683.
- Teunisse, S. & Derix, M.M.A. (1997). The Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: Agreement between Primary and Secondary Caregivers. *International Psychogeriatric Association*, 9 (1): 155-162.
- Varo, J. J., Martínez-González, M.A., Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M. & Martínez, J.A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Epidemiological Association*, 32: 138-156.
- Wagner, D.L. (1997). *Comparative analysis of caregiver data for caregivers to the elderly 1987 and 1997*. Maryland: National Alliance for Caregiving.
- Wolff, J. L. & Judith, D.K. (2006). Caregivers of Frail Elders: Updating a National Profile. *The Gerontologist*, 46 (3):344-356.

Yee, J.L. & Schulz, R. (2000). Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis. *The Gerontologist*, 40(2):147-164.

Zarit, S.H., Gaugler, J.E. & Jarrott, S.E. (1999). Useful services for families: research findings and directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14:165-181.

Anexo I.

ÍNDICE DE BARTHEL

Avaliação do estado funcional – Actividades de Vida Diária

Por favor, desenhos um círculo à volta da situação que melhor define o estado funcional do seu familiar idoso, para cada um dos 10 itens que se seguem.

1. Alimentação

- 0 – Incapaz/dependente. Necessita de ser alimentado por outra pessoa
- 5 – Necessita de ajuda para cortar, espalhar a manteiga, etc., mas é capaz de comer sozinho
- 10 – Independente. Consegue comer por si próprio num tempo razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.

2. Banho

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda ou supervisão
- 10 – Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.

3. Vestir

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda total
- 5 – Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda
- 10 – Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)

4. Higiene Pessoal

- 0 – Necessita de auxílio nos cuidados pessoais
- 5 – Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)

5. Intestinos

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.
- 5 – Acidente ocasional. Menos de um episódio por semana.
- 10 – Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.

6. Bexiga

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas. Inclui pacientes com algália incapazes de a manejarem.
- 5 – Acidente ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante
- 10 – Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, sonda,...)

7. Uso da sanita

- 0 – Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda
- 5 – Necessita de alguma ajuda. Capaz de se desenrascar com uma pequena ajuda; consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho
- 10 – Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.

8. Transferências

- 0 – Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.
- 5 – Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda
- 10 – Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- 15 – Independente. Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, nem para se deitar ou levantar da cama.

9. Mobilidade

- 0 – Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa
- 5 – Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão
- 10 – Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.
- 15 – Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex.: bengala, canadiana) excepto o andarilho.

10. Subir e descer escadas

- 0 – Dependente. É incapaz de utilizar as escadas.
- 5 – Necessita de ajuda. Necessita de ajuda ou supervisão
- 10 – Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

Anexo II.



SECÇÃO AUTÓNOMA CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO

A Universidade de Aveiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia, está a desenvolver um estudo acerca da saúde das pessoas que prestam cuidados a um familiar idoso em situação de dependência.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração através do preenchimento dos seguintes questionários.

Não existem respostas certas ou erradas, mas o que importa é o modo como se sente relativamente a cada questão. Assim, pedimos que responda o mais honestamente possível a cada item.

Se não tiver a certeza acerca da resposta a dar, dê-nos aquela que considerar mais apropriada, mas nunca deixe de responder.

Garantimos a confidencialidade dos dados. Assim, a informação fornecida nunca será usada de modo a poder ser identificado(a).

Antes de continuar, pedimos-lhe que nos responda à seguinte questão:
Considera-se a principal pessoa responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar dependente?

Sim ☐

Não ☐

Muito obrigado pela sua colaboração!

QUESTIONÁRIO GERAL

Informações acerca do cuidador principal

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** _____

3. **Estado civil:**

Casado(a)/Em união de facto ☐
Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐
Solteiro(a) ☐

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐
Ensino secundário (12.º ano) ☐
Curso médio ☐
Ensino superior ☐

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ☐
Empregado(a) a tempo parcial ☐
Reformado(a)/pensionista ☐
Desempregado(a) ☐
Estudante a tempo inteiro ☐
Doméstica ☐
Outra ☐
Especificar: _____

6. Qual a sua **profissão** (actual ou a última)? _____

7. Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a) ☐
Filho(a) ☐
Irmão(ã) ☐
Nora/genro ☐
Outro membro da família ☐

Quem? _____

8. Tem algum filho a cargo?

Não

☐

Sim

☐

Quantos? _____

Idades: _____

9. Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

Vivem na mesma casa

☐

Vivem no mesmo bairro/rua

☐

Vivem na mesma terra (a menos de 10 km)

☐

Vivem em terras próximas (menos de 30 km)

☐

Vivem a mais de 30 km de distância

☐

Outra situação

☐

↳ Especificar: _____

10. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano

☐

Entre 1 a 2 anos

☐

Entre 3 a 5 anos

☐

Mais de 5 anos

☐

↳ Especificar o n.º de anos: _____

11. Que tipo de apoio/cuidados presta frequentemente ao seu familiar?

(pode assinalar mais do que uma opção)

ABVD	Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/>
AIVD	Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/>
	Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>
	Utilizar o telephone	<input type="checkbox"/>
	Ir às compras	<input type="checkbox"/>
	Tratar de assuntos burocráticos	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento a consultas médicas	<input type="checkbox"/>
	Transporte do familiar	<input type="checkbox"/>
	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>
Apoio emocional (manutenção da auto-estima, clima de compreensão e encorajamento)		<input type="checkbox"/>
Apoio financeiro		<input type="checkbox"/>
Supervisão regular ("olhar pelo idoso" e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)		<input type="checkbox"/>

12. Em média, quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

0 a 8 horas

☐

9 a 20 horas

☐

21 a 40 horas

☐

Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)

☐

1° _____

2° _____

3° _____

Não ☐

Sim ☐

[illegible]

	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apoio emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apoio financeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Supervisão regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Tem que **pagar** por essa colaboração?

Não ☐

Sim ☐ → Especificar em que situações _____

17. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ☐

Sim ☐ → Quantos? _____

18. De um modo geral, poderá dizer que a **sua saúde** é:

Muito boa

☐ 1

Boa

☐ 2

Razoável

☐ 3

Fraca

☐ 4

Muito fraca

☐ 5

19. Qual o **rendimento médio mensal** do seu agregado familiar?

<€ 150

☐

[€ 150 - € 300[

☐

[€ 300 - € 450[

☐

[€ 450 - € 600[

☐

[€ 600 - € 750[

☐

[€ 750 - € 1000[

☐

[€ 1000 - € 1500[

☐

[€ 1500 e mais[

☐

20. Até que ponto cada um dos motivos que se seguem foi importante na sua decisão de **assumir** a prestação informal de cuidados?

	Nada importante (1)	Pouco importante (2)	Moderadamente importante (3)	Muito Importante (4)
a. Por amor, ternura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Por obrigação e dever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Por não querer colocar a pessoa de quem cuida num lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por proximidade geográfica (viver geograficamente próximo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Para evitar a censura dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Porque não existem estruturas de apoio (serviços de apoio domiciliário, lares, centros de dia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Porque as mensalidades num lar são muito caras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Porque as estruturas de apoio existentes não respondem adequadamente às necessidades da pessoa de quem cuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratar do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Porque vive com a pessoa de quem cuida há muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Porque a(s) pessoa(s) que cuida(m) terá(ão) a possibilidade de herdar mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Porque a reforma da pessoa de quem cuida contribui para o sustento da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Por ter sido sempre a vontade da pessoa de quem cuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Outra situação Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. O que seria necessário acontecer para deixar de ser cuidador principal? (Pode referir mais do que uma circunstância)

Informações acerca do idoso

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Estado civil:

Casado(a)/Em união de facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Solteiro(a) ☐

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Curso médio ☐

Ensino superior ☐

5. Profissão anterior à reforma: _____

6. O seu familiar utiliza algum serviço formal de apoio?

Não ☐

Sim ☐

7. Se sim, qual?

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

Apoio Domiciliário Integrado ☐

Centro de Dia ☐

Centro de Convívio ☐

Centro de Noite ☐

Apoio Domiciliário (Centro de Saúde) ☐

Outro ☐

↳ Especificar: _____

8. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as necessidades **do seu familiar**?

Nada
(5)
☐

Pouco
(4)
☐

Moderadamente
(3)
☐

Muito
(2)
☐

Totalmente
(1)
☐

9. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as **suas necessidades enquanto cuidador familiar**?

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Tipo de dependência (segundo o Índice de Barthel):

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos) ☐

Moderada (40 a 55 pontos) ☐

Severa (20 a 35 pontos) ☐

Total (menos de 20 pontos) ☐

11. Saúde Mental: Diagnóstico clínico de demência

Existente ☐

Inexistente ☐

Anexo III.



SECÇÃO AUTÓNOMA CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO

A Universidade de Aveiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia, está a desenvolver um estudo acerca da saúde das pessoas que prestam cuidados a um familiar idoso em situação de dependência.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração através do preenchimento dos seguintes questionários.

Não existem respostas certas ou erradas, mas o que importa é o modo como se sente relativamente a cada questão. Assim, pedimos que responda o mais honestamente possível a cada item.

Se não tiver a certeza acerca da resposta a dar, dê-nos aquela que considerar mais apropriada, mas nunca deixe de responder.

Garantimos a confidencialidade dos dados. Assim, a informação fornecida nunca será usada de modo a poder ser identificado(a).

Antes de continuar, pedimos-lhe que nos responda à seguinte questão:
Considera-se a principal pessoa responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar dependente?

Sim ☐

Não ☐

Muito obrigado pela sua colaboração!

QUESTIONÁRIO GERAL

Informações acerca do cuidador secundário

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** _____

3. **Estado civil:**

Casado(a)/Em união de facto ☐

Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Solteiro(a) ☐

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Curso médio ☐

Ensino superior ☐

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ☐

Empregado(a) a tempo parcial ☐

Reformado(a)/pensionista ☐

Desempregado(a) ☐

Estudante a tempo inteiro ☐

Doméstica ☐

Outra ☐

Especificar: _____

6. Qual a sua **profissão** (actual ou a última)? _____

7. Qual é a sua **relação com a pessoa a quem presta cuidados?**

Cônjuge/companheiro(a) ☐

Filho(a) ☐

Irmão(ã) ☐

Nora/genro ☐

Neto(a) ☐

- Outro membro da família ☐
- Amigo ☐
- Vizinho ☐
- Outro ☐
- Especificar _____

8. Qual é a sua *relação com o cuidador principal*?

- Cônjuge/companheiro(a) ☐
- Filho(a) ☐
- Irmão(ã) ☐
- Nora/genro ☐
- Neto(a) ☐
- Outro membro da família ☐
- Amigo ☐
- Vizinho ☐
- Outro ☐
- Especificar _____ ☐

9. Qual é a *relação do cuidador principal com a pessoa a quem presta cuidados*?

- Cônjuge/companheiro(a) ☐
- Filho(a) ☐
- Irmão(ã) ☐
- Nora/genro ☐
- Neto(a) ☐
- Outro membro da família ☐
- Amigo ☐
- Vizinho ☐
- Outro ☐
- Especificar _____ ☐

10. Tem algum filho a cargo?

Não ☐

Sim ☐ Quantos? _____ Idades: _____

11. Qual a *distância física* entre si e a *pessoa a quem presta cuidados*?

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Vivem na mesma casa | <input type="checkbox"/> | Vivem no mesmo bairro/rua | <input type="checkbox"/> |
| Vivem na mesma terra (a menos de 10 km) | <input type="checkbox"/> | Vivem em terras próximas (menos de 30 km) | <input type="checkbox"/> |

Vivem a mais de 30 km de distância

☐

Outra situação

☐

↳ Especificar: _____

12. Qual a distância física entre si e o cuidador principal?

Vivem na mesma casa

☐

Vivem no mesmo bairro/rua

☐

Vivem na mesma terra (a menos de 10 km)

☐

Vivem em terras próximas (menos de 30 km)

☐

Vivem a mais de 30 km de distância

☐

Outra situação

☐

↳ Especificar: _____

13. Há quanto tempo colabora na prestação de cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano

☐

Entre 1 a 2 anos

☐

Entre 3 a 5 anos

☐

Mais de 5 anos

☐

↳ Especificar o n.º de anos: _____

14. Que tipo de apoio/cuidados presta frequentemente à pessoa dependente?
(pode assinalar mais do que uma opção)

ABVD	Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/>
AIVD	Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/>
	Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>
	Utilizar o telephone	<input type="checkbox"/>
	Ir às compras	<input type="checkbox"/>
	Tratar de assuntos burocráticos	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento a consultas médicas	<input type="checkbox"/>
	Transporte do familiar	<input type="checkbox"/>
	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>
Apoio emocional (manutenção da auto-estima, clima de compreensão e encorajamento)		<input type="checkbox"/>
Apoio financeiro		<input type="checkbox"/>
Supervisão regular ("olhar pelo idoso" e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)		<input type="checkbox"/>

15. Em média, quantas horas por semana ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

0 a 8 horas

☐

9 a 20 horas

☐

21 a 40 horas ☐

Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes) ☐

16. Algum destes cuidados é unicamente prestado por si, **sem a qualquer colaboração** de terceiros?

Não ☐

Sim ☐

17. Se sim, quais?

18. Identifique (hierarquizando) os **três cuidados** (se se aplicar) que para si são mais difíceis de realizar:

1º _____

2º _____

3º _____

19. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ☐

Sim ☐ → Quantos? _____

20. De um modo geral, poderá dizer que a **sua saúde** é:

Muito boa
☐ 1

Boa
☐ 2

Razoável
☐ 3

Fraca
☐ 4

Muito fraca
☐ 5

21. Qual o **rendimento médio mensal** do seu agregado familiar?

<€ 150 ☐

[€ 300 - € 450[☐

[€ 600 - € 750[☐

[€ 1000 - € 1500[☐

[€ 150 - € 300[☐

[€ 450 - € 600[☐

[€ 750 - € 1000[☐

[€ 1500 e mais[☐

22. Até que ponto cada um dos motivos que se seguem foi importante na sua decisão de **colaborar** na prestação informal de cuidados?

	Nada importante (1)	Pouco importante (2)	Moderadamente importante (3)	Muito importante (4)
a. Por amor, ternura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Por obrigação e dever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por não querer colocar a pessoa de quem cuida num lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por proximidade geográfica (viver geograficamente próximo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Para evitar a censura dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Porque não existem estruturas de apoio (serviços de apoio domiciliário, lares, centros de dia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Porque as mensalidades num lar são muito caras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Porque as estruturas de apoio existentes não respondem adequadamente às necessidades da pessoa de quem cuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratar do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Porque vive com a pessoa de quem cuida há muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Porque a(s) pessoa(s) que cuida(m) terá(ão) a possibilidade de herdar mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Porque a reforma da pessoa de quem cuida contribui para o sustento da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Por ter sido sempre a vontade da pessoa de quem cuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

q. Porque o cuidador principal necessita de ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r Porque é essa a vontade do cuidador principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Outra situação Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Na possibilidade do cuidador principal deixar de o ser, estaria na disposição de assumir o seu papel, isto é, de ser o cuidador principal? Porquê?

Informações acerca do idoso

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Situação conjugal:

Casado(a)/Em união de facto ☐
Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐
Solteiro(a) ☐

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐
Ensino secundário (12.º ano) ☐
Curso médio ☐
Ensino superior ☐

5. Profissão anterior à reforma: _____

6. O seu familiar utiliza algum serviço formal de apoio?

Não ☐

Sim ☐

7. Se sim, qual?

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

Centro de Dia ☐

Centro de Noite ☐

Outro ☐

↳Especificar:_____

Apoio Domiciliário Integrado ☐

Centro de Convívio ☐

Apoio Domiciliário (Centro de Saúde) ☐

8. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as necessidades do seu familiar?

Nada

(5)

☐

Pouco

(4)

☐

Moderadamente

(3)

☐

Muito

(2)

☐

Totalmente

(1)

☐

9. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as **suas necessidades enquanto cuidador familiar**?

Nada

(5)

☐

Pouco

(4)

☐

Moderadamente

(3)

☐

Muito

(2)

☐

Totalmente

(1)

☐

10. Tipo de dependência (segundo o Índice de Barthel):

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos) ☐

Moderada (40 a 55 pontos) ☐

Severa (20 a 35 pontos) ☐

Total (menos de 20 pontos) ☐

11. Saúde Mental: Diagnóstico clínico de demência

Existente ☐

Inexistente ☐

Anexo IV.

Caregiver Stress Scale (Pearlin *et al.*, 1990)

1. As questões que se seguem referem-se à memória do seu familiar. Até que ponto o seu familiar é capaz de:
(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

	Nada/totalmente incapaz (0)	Pouco capaz (1)	Moderadamente capaz (2)	Muito capaz (3)	Completamente capaz (4)
a) se lembrar de acontecimentos recentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) saber que dia da semana é?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) lembrar-se da morada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lembrar-se de palavras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) compreender instruções simples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) orientar-se em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) articular frases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) reconhecer pessoas que ele conhece?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As questões que se seguem referem-se à capacidade do seu familiar para desempenhar algumas actividades diárias. Até que ponto o seu familiar depende de terceira pessoa para desempenhar as actividades de vida diária?
(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

	1 Nada	2 Pouco	3 Muito	4 Completamente
a) Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ir ao quarto de banho (controlo esfíncteriano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vestir e despir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Escovar os dentes ou o cabelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cozinhar ou preparar comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Deitar ou levantar da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Caminhar à volta da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Conduzir ou apanhar um transporte para ir aonde precisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Dar um passeio pelo bairro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Usar o telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Fazer o trabalho doméstico (por exemplo, varrer o chão, limpar o pó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Seguem-se algumas afirmações acerca do seu nível de energia e do tempo de leva a fazer “aquilo que tem de fazer”. Até que ponto é que cada afirmação o descreve? (Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

	1 Nada	2 Pouco	3 Muito	4 Completam ente
a) Está exausto quando se vai deitar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tem mais coisas para fazer do que é capaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Não tem tempo para si próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Até que ponto as afirmações que se seguem descrevem os seus sentimentos e pensamentos relativamente ao facto de ser um cuidador informal? (Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

	1 Nada	2 Pouco	3 Muito	4 Comple tamente
a) Desejaria ser livre para prosseguir com a sua própria vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sente-se “apanhado” pela doença do seu familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Desejaria apenas fugir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Esta questão destina-se somente aos cuidadores que mantêm uma profissão! Pela sua própria experiência pessoal, até que ponto concorda ou discorda das seguintes afirmações relativamente à sua situação profissional actual? Nos últimos dois meses:

(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

	1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo fortemente
a) Sentiu-se com menos energia para o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faltou demasiados dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tem-se sentido insatisfeito com a qualidade do seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Preocupa-se com o seu familiar enquanto está no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Recebe telefonemas acerca do seu familiar ou mesmo do próprio que interrompem o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Actualmente, como é que o **rendimento** do seu agregado familiar se encontra ao final do mês?

(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

Sobra algum dinheiro

(3)

☐

É mesmo à justa

(2)

☐

Não chega

(1)

☐

7. Pense agora na sua situação financeira tal como era mesmo antes de cuidar do seu familiar. Comparando com essa altura, como descreve as suas **despesas mensais actuais**? Elas são:

(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

**Muito menores
agora**

(5)

☐

**Relativamente
menores agora**

(4)

☐

**Mais ou menos a
mesma coisa**

(3)

☐

**Relativamente
maiores agora**

(2)

☐

**Muito maiores
agora**

(1)

☐

8. Seguem-se alguns pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm acerca delas próprias enquanto cuidadoras. Até que ponto cada frase descreve os seus pensamentos acerca da sua prestação de cuidados? Até que ponto:

(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

**1
Nada**

**2
Pouco**

**3
Alguma
coisa**

**4
Muito**

- a) acredita que aprendeu a lidar com uma situação muito difícil?
- b) sente que, apesar de tudo, é um bom cuidador?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

9. Por vezes, ao cuidar de um ente querido, as pessoas também podem aprender coisas acerca delas próprias. E consigo?

(Adaptado de Aneshensel *et al.*, 1995)

**1
Nada**

**2
Pouco**

**3
Alguma
coisa**

**4
Muito**

- a) Tornou-se mais ciente da sua força interior?
- b) Tornou-se mais auto-confiante?
- c) Cresceu como pessoa?
- d) Aprendeu a fazer coisas que não fazia antes?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Anexo V.

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI – Carers’ Assessment of Managing Index) [Elaborado por Nolan, Grant e Keady (1998) e validado para a língua portuguesa por Brito (2002)]

O CAMI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca da forma como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				

19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tem outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

		Faço assim e acho que:		
Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

Anexo VI.



Universidade de Aveiro

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me **Ana Luísa Balonas Barbosa**, encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver, sob a coordenação da Professora Doutora Daniela Figueiredo, um estudo sobre a prestação de cuidados familiares a um idoso dependente.

O objectivo deste estudo é compreender e analisar o contexto e dinâmicas da prestação informal de cuidados ao idoso dependente em cuidadores informais principais e secundários.

No âmbito desse estudo estamos a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicitamos a sua colaboração através do preenchimento destes questionários. Todas as informações que o(a) senhor(a) nos fornecer permanecerão confidenciais e serão usadas somente para este estudo. Todas as informações serão guardadas e somente os investigadores terão acesso às informações.

A sua participação é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si, nem qualquer risco à sua vida e à sua saúde.

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: “Envelhecimento e cuidados familiares” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Aveiro, _____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____